



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Nikelen Acosta Witter

*Males e Epidemias:*  
Sofredores, governantes e curadores  
no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)

Niterói  
2007

NIKELEN ACOSTA WITTER

*Males e Epidemias:*

Sofredores, governantes e curadores  
no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)

Tese apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em História da  
Universidade Federal Fluminense,  
como requisito parcial para  
obtenção do grau de Doutor em  
História. Área de Concentração:  
História Social.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos

Niterói  
2007

NIKELEN ACOSTA WITTER

*Males e Epidemias:*

Sofredores, governantes e curadores  
no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em História. Área de Concentração: História Social.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos (Orientador)  
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Beatriz Teixeira Weber  
Departamento de História/Universidade Federal de Santa Maria

---

Profa. Dra. Ângela Pôrto  
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira  
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof. Dr. Ronald Raminelli  
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Magali Engel (Suplente)  
Departamento de História/Universidade Federal Fluminense

---

Profa. Dra. Nara Azevedo (Suplente)  
Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz

..... **Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

W892 Witter, Nikelen Acosta.

Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil ( Rio Grande do Sul, século XIX ) / Nikelen Acosta Witter. – 2007.

276 f.; il.

Orientador: André Luiz Vieira de Campos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, 2007.

Bibliografia: f. 279-296.

1. Saúde pública –Aspecto histórico. 2. Doenças e história. 3. Medicina. 4. Epidemia. I. Campos, André Luiz Vieira de. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

CDD 614.0981

## RESUMO

A epidemia de 1855 na capital da província do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, é o ponto inicial para a investigação das formas como as doenças, tanto as epidêmicas quanto às comezinhas, eram vividas em meados do século XIX. Partindo do papel desempenhado por três sujeitos plurais - sofredores, governantes e curadores - esta pesquisa busca identificar as ações e as trocas sociais entre estes que moldaram as respostas dadas por esta coletividade à epidemia. As concepções de saúde, doença e cura; os debates em torno do que viria a ser a institucionalização da Saúde Pública; a inserção dos curadores e das idéias acerca do ambiente compuseram a agenda pré-existente de questões que instrumentalizou aquela sociedade a resistir e a buscar, passado o flagelo, evitar o seu retorno.

## **ABSTRACT**

The epidemic of 1855 in the capital of the province of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, is the initial point for the investigation about the ways as the diseases, both epidemics and ordinarys, were lived in the middle of the XIX century. Leaving of the play roled by three plural subjects - sufferers, rulers and healers - this research search to identify them action and the social changes among these, that molded the answers given by this collectivity to the epidemic. The conceptions of health, disease and cure; the debates around what would come to be the institutional form of the Public Health; the healers' insert and of the ideas concerning the atmosphere composed the pré-existent agenda of subjects that given instruments for this society to resist and to search, passed the scourge, to avoid your return.

## AGRADECIMENTOS

É quase uma praxe dizer que este é o momento mais prazeroso da feitura de uma tese. Não só por ser, em geral, seu ponto final, mas também pelo fato de rever mentalmente cada um dos que ajudaram a este trabalho chegar ao fim. Quatro anos é muito tempo. E em quatro anos muitas pessoas, mas muitas mesmo, se fizeram essenciais para que a tese fosse terminada e para que eu mantivesse minha sanidade mental, pois sem o apoio e o carinho que recebi, isso teria sido impossível.

Não há como não começar agradecendo aos meus pais, Aldrovando e Elza, por tudo o que eles são e pelo que fizeram de mim. A minha mana Anie e o meu cunhado Gustavo e pelo presente que eles fizeram e deram o nome de Ângelo. A essa família linda que eu tenho com avós: Mocinha, Maria e Juvenal; sogros Luís Antônio e Eloísa, cunhados: Tuta e Raquel; os tios e os primos, a Glória (minha afilhada) que sempre estiveram por perto e torcendo por mim. Principalmente, obrigada a minha irmãzinha Fernanda, cujo sorriso sempre esteve ali para me ensinar que tem horas em que a gente tem que parar de trabalhar.

Meu obrigada muito especial ao meu orientador. Sei que o certo seria dizer ao Prof. Dr. André Campos, mas ele também foi, durante estes quatro anos, simplesmente o André. Um amigo querido e muito especial. Se a tese foi uma desculpa para conhecê-lo e me aproximar da pessoa encantadora que ele é, já fez mais do que suficiente por mim.

Não posso esquecer também das minhas “colegas de aula”: Dilma, Tetê e Chris. Amigas queridas que dividiram comigo as angústias desses anos, amenizaram a solidão do meu ano no Rio de Janeiro e criaram laços para a vida toda.

Meus compadres Bea e Iran, por todo o suporte que nos deram nesses anos, o que inclui nos darem o Tiago para batizar, casa e comida no segundo ano em que tivemos de ir ao Rio, muitas pizzas e conversas. Mas principalmente a amizade sem limite.

À Silvana e Luis, e no último ano também a Luisa, a quem multamos com hospedagens em nossas idas ao Rio e que sempre nos receberam com um amor e um carinho sem igual.

Aos nossos casais amigos de noites de sábado e domingo, de papos cabeça e outros nem tanto. Alex e Lê, Rodrigo e Ana, Alexandre e Maíra, Gláucia e Ricardo. Vocês foram momentos de oásis e de crescimento. O apoio e o carinho de vocês foi fundamental.

Ana Paula Flores e Carla Barbosa, Aninha e Carlinha, mais que amigas. Não tenho palavras para agradecer a vocês por todas as coisas que estão aqui nessa tese e em outros lugares que a amizade e o carinho de vocês me ajudou a desbravar. Serei eternamente devedora. A Ana ainda, em tempo recorde, se dedicou com carinho a me ajudar a extirpar os maiores problemas do texto, lendo-o com cuidado, sugerindo e fazendo notas e críticas. Ainda assim, como eu o li mais vezes que ela, se passou algo, a culpa foi toda minha.

A Paulo Moreira e Daniela Vallandro amigos de pesquisa e mais ainda fora dela. Documentos, livros, indicações, bastava gritar e prontamente um dos dois corria para achar o que quer que fosse. Os convites para sair é não eram aceitos com tanta presteza, mas tudo bem, isso acontece quando se “mora” no século XIX. As distâncias são enormes. Muitos dias de carreta...

Agradeço muito ao pessoal dos Arquivos Histórico e Público do Rio Grande do Sul. Competentes e dispostos, eles tornaram essa pesquisa muito mais fácil. Mas também não posso deixar de agradecer aos colegas de pesquisa: Maximiliano Mentz, Sherol dos Santos e Vinícius Oliveira, que dividiram comigo documentos e as angústias da nossa profissão.

Ao Professor Jean-Pierre Goubert, que tornou minha estada de quatro meses na EHESSE possível. Além de me permitir participar de seu seminário, o Prof. Goubert ainda me brindou com sua enorme gentileza e atenção. Mas acima de tudo, leu com profundidade e acuidade os meus textos, notou questões e possibilidades que eu nem mesmo havia percebido. O trabalho teria sido outro sem a sua brilhante contribuição. Pena que, enquanto ele falava, eu não consegui anotar tudo. Devia ter gravado.

Às Profa.s Dra.s Magali Engel e Beatriz Weber cuja avaliação deste trabalho na qualificação e suas preciosas dicas e orientações ajudaram a moldar a forma final do que está aqui.

À Laurinda Maciel, amiga destas últimas horas, anjo bom que veio em meu auxílio nos momentos do término, os quais sempre tendem para o caos. Sua mão me deixou mais segura nessa passagem querida, obrigada.

Ao Programa de Pós-Graduação em História da UFF, seus professores e funcionários que me ajudaram a contornar a distância física nos últimos três anos. Ao CNPq que financiou minha bolsa durante os primeiros dois anos e à FAPERJ, que tem me financiado nestes dois últimos, através do Programa Bolsa Nota 10. Graças a essas instituições pude me dedicar integralmente a esta pesquisa e isso sem dúvida contribuiu para o seu resultado e a minha tranquilidade.

Por fim, e em primeiro, ao Guto. Eu poderia agradecer a todos os você com quem convivo: o pesquisador inteligente, o historiador brilhante, o amigo fiel, o amor da minha vida, apoiador, guerreiro, incentivador. Não dá para agradecer com um

simples obrigada a sua calma nas minhas crises, o seu sorriso quando eu me sentia perdida. Então, eu vou apenas oferecer. Te ofereço mais este trabalho pronto. Para você e para a família que vamos construir.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

### **Arquivos**

AHMPA – Arquivo Histórico do Município de Porto Alegre

AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

AN – Arquivo Nacional

APRS – Arquivo Público do Rio Grande do Sul

CEDOP – Centro de Documentação e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

IHGRS – Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul

MCSHC – Museu de Comunicação Social Hipólito da Costa

SCMPA – Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

### **Documentos**

RPPRS – Relatórios dos Presidentes de Província do Rio Grande do Sul

CG – Correspondência dos Governantes

*Para o Maneco  
Meu amigo, compadre e meu segundo pai  
Vou sentir a tua falta para sempre.*

*“Para conhecer as ervas, as raízes, os sucos das plantas e assim poderes curar os males dos que tu estimares ou desfazer a saúde dos que aborreceres;... e saber simpatias fortes para dar sonhos ou loucura, para tirar a fome, relaxar o sangue, e gretar a pele e espumar os ossos,... ou para ligar apartados, achar coisas perdidas, descobrir invejas...; queres?”*

J. Simões Lopes Neto – A Salamanca do Jarau

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	<b>15</b>
<b>Capítulo 1 - “O maior flagelo do mundo”</b> .....	<b>25</b>
1.1. A marcha do cólera para o oeste: ondas de terror e morte.....	35
1.2. O cólera no Brasil .....	51
1.3. A Comissão de Higiene Pública e a ameaça do cólera.....	57
1.4. O cólera em Porto Alegre .....	71
<b>Capítulo 2 - “...os que não puderem se tratar em suas casas”</b> .....	<b>89</b>
2.1. Dos sofredores e seus recursos .....	93
2.2. “A saúde vale ouro” : a importância do bem-estar no cotidiano do século XIX .....	100
2.3. “Em casa onde o sol entra, médico não passa na porta”: as concepções de saúde em meados do século XIX .....	113
2.4. “Cautela e caldo de galinha não fazem mal a ninguém”: o cuidado dos enfermos .....	128
<b>Capítulo 3 - Beneficência e proteção para a Humanidade enferma</b> .....	<b>148</b>
3.1. O Estado como sujeito na História da Saúde.....	150
3.2. Sob o “paternal poder” de Sua Majestade D. Pedro II: o Estado imperial no Rio Grande do Sul pós-1845.....	153
3.3. A medida exata de sua civilização: os acordos com a Santa Casa de Misericórdia .....	174
3.4. Um outro mapa .....	188
<b>Capítulo 4 - Os que se arvoram a curar</b> .....	<b>194</b>
4.1. As práticas de cura como objeto da história .....	198

4.2. A arte de curar e a arte de cuidar .....	212
4.3. As artes e a arte de negociar .....	223
<b>Capítulo 5 - Um estado sanitário lisonjeiro.....</b>	<b>232</b>
5.1. Ao sul dos trópicos .....	236
5.2. Conquistadores e Germes .....	243
5.3. Costumes para viver saudável e práticas insalubres. ....	246
5.4. Antes e depois do temporal.....	253
<b>Conclusão .....</b>	<b>266</b>
<b>Fontes.....</b>	<b>271</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>273</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>291</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>292</b>

## Introdução

O estudo sobre a ação das epidemias na história tem se tornado, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, cada vez mais freqüente nas últimas décadas. Em parte por causa da emergência de grandes pandemias como a AIDS (que hoje já parece ter perdido esse caráter) e a SARS (essa, felizmente, contida a tempo), e de vírus assustadores como o ebola, as epidemias vieram, em especial desde fins da década de 1980, para a ordem do dia das preocupações de médicos, políticos, autoridades sanitárias internacionais e também de sociólogos e historiadores. Afinal, os primeiros tempos da AIDS foram muito eloqüentes em demonstrar que, apesar de nossas conquistas tecnológicas, nossas reações a uma epidemia ainda, em muito, se remetem aos velhos fantasmas sobre o pecado, o medo do outro e a necessidade de se achar um culpado pelos flagelos. Contudo, desde os anos 1960, a ocorrência das epidemias na história tem chamado à atenção dos cientistas sociais por pelo menos dois aspectos importantes. Primeiro, por sua capacidade em revelar que as alterações biológicas não estão, de forma alguma, desvinculadas das alterações demográficas e sociais. Segundo, por seu papel como um poderoso instrumento de análise a ser usado para compreender as sociedades tanto do passado quanto do presente.<sup>1</sup> De acordo com esta linha de pesquisas, o papel destabilizador das epidemias seria, assim, revelador de fatos e elementos que, em outras situações, as sociedades estudadas não mostrariam com o mesmo destaque.

Ao investigar a ação de uma epidemia sobre uma determinada comunidade no passado, os historiadores quase sempre partem da narrativa das atitudes e das respostas

---

<sup>1</sup> RANGER, T. and SLACK, P. (eds), *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perceptions of Pestilence*, Cambridge: Cambridge University Press, 1992; ROSENBERG, C. *Explaining Epidemics and Others Studies in History of Medicine*. New York : Cambridge University Press, 1992, p. 279.

que a moléstia gerou naquele grupo específico. Alguns autores, como Charles Rosenberg e Richard Evans, por exemplo, defendem inclusive que as epidemias se desenrolam como um drama, cujos atos podem ser reconhecidos como em uma peça teatral. Mesmo que se sofisticando com os adendos específicos de cada pesquisa empírica, o padrão apontado por estes autores – revelação progressiva, explicação da epidemia, negociação de respostas públicas, subsistência e retrospectção – geralmente se mantém.<sup>2</sup> Logo, a escolha do estudo de uma determinada epidemia em uma região específica pode, por si só, não revelar nada de extraordinário ou que altere nossos conhecimentos gerais sobre um fenômeno epidêmico. Entretanto, se as epidemias, como eventos, constituem-se – além de reveladores de alterações biológicas e sociais – em instrumentos de análise, então, o mais importante não está no estudo da epidemia em si, mas nas perguntas que se faz a elas como eventos históricos reveladores de padrões de ação social.

Desde o início de minha pesquisa de doutorado, o que me interessava, antes de tudo, era compreender como a experiência da enfermidade, em meados do século XIX, era vivida pela população que então habitava o sul do Império Brasileiro. Conjugada à experiência, eu percebia a necessidade de se entender como esta se articulava com as práticas de cura disponíveis e com os diferentes tipos de praticantes que existiam. Porém, de que forma seria possível apreender tais elementos? Seria uma epidemia um instrumento de análise adequado para trazer luz às minhas questões? Seria razoável acreditar que um único evento fosse extraordinariamente revelador acerca dos hábitos e práticas daquela sociedade como um todo? O estudo deste evento singular seria suficiente para permitir elaborar uma forma de se compreender a experiência da enfermidade e da cura nessa época e locais específicos?

Em meio a tantas questões a epidemia de cólera de 1855 me pareceu, na época do início destas pesquisas, o evento com maiores possibilidades de responder às minhas perguntas. Considerando o que pude apurar sobre o passado nosológico da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul – não existem trabalhos específicos sobre o assunto –, a epidemia de cólera de 1855 aparecia como um marco importante. Um evento mórbido mais amplo e mais significativo que qualquer outro que a cidade tivesse vivido até então. O impacto desta epidemia na região foi extremamente doloroso. Apesar de já conhecido por suas incursões anteriores no Ocidente, foi a primeira vez

---

<sup>2</sup> *Idem*, p. 278-287.

que o cólera chegou à porção mais meridional da América e Porto Alegre foi a cidade mais atingida de toda a província. Cerca de 10% de sua população pereceu vítima da moléstia ao longo dos pouco mais de dois meses de maior virulência da epidemia. Até então, nenhum surto desta magnitude havia assolado a região. Uma análise inicial da documentação referente a esta época e aos anos que se seguiram, me permitiu perceber que a ocorrência do cólera fez com que uma série de questionamentos – sobre como as doenças epidêmicas, e mesmo endêmicas, eram aí vivenciadas e enfrentadas – passasse a figurar de forma mais explícita no rol das preocupações daquela sociedade. Sem embargo, tais questões puseram em cheque diferentes aspectos da vida social e cotidiana da cidade, como: a posição ocupada por aqueles que curavam e suas relações com os que sofriam as doenças; organização das ações governamentais em termos de saúde pública<sup>3</sup>; e as diferentes formas como as moléstias eram compreendidas nos diversos extratos daquela sociedade.<sup>4</sup> Assim, nos anos que se seguiram, o medo do retorno da cólera, em especial nos períodos quentes, fez com que estas questões permanecessem na pauta de debates entre dirigentes, curadores e população.

O fato, porém, é que os documentos existentes sobre a epidemia de cólera de 1855 em Porto Alegre não se fizeram tão reveladores das reações da sociedade como

---

<sup>3</sup> Por uma opção didática o termo *saúde pública* aparecerá ao longo deste texto grafado de duas formas distintas, cada uma delas com um significado específico. Quando estiver em letras minúsculas seu significado remeterá para a idéia de saúde da população, campo de estudos em saúde coletiva ou a idéia genérica de saúde como preocupação social. Porém, nas vezes em que o termo vier grafado com letras maiúsculas seu significado estará ligando-se a formação de um campo específico de atuação do Estado junto à sociedade. Ou seja, nesses casos estarei me referindo a formação do campo político e governamental da Saúde Pública e suas implicações em termos de urbanismo, higienismo, educação e prevenção.

<sup>4</sup> Diversos trabalhos embasam o estudo destas questões em períodos epidêmicos e pós-epidêmicos: ARMUS, D. “Queremos a Vacina Pueyo!!!”: incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa – Argentina, 1920-1940, e CUETO, M. Tifo, Varíola e Indigenismo: Manuel Núñez Butrón e a medicina rural em Puno, Peru, in HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004; BALDWIN, P. *Contagium and the state in Europe — 1830-1930*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999; CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Companhia das Letras, 1996; CUETO, M. *El Regreso de las Epidemias*. Salud y sociedad em el Perú del siglo XX. Lima: IEP, 1997; DELAPORTE, F. *Disease and civilization*. London, MIT Press, 1986; \_\_\_\_\_. *Les épidémies*. Paris, Explora, 1995; DENIS, A. L. “Higiene pública contra higiene privada: cólera, limpieza y poder en La Habana colonial” in *E.I.A.L. ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Volumen 14 - Nº 1, Enero-Junio 2003; DINIZ, A. da S. “As Artes de Curar nos tempos do Cólera, Recife, 1856”, e XAVIER, R. “Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista”, in CHALHOUB, S. et alli (org.s). *As Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003; PORTER, D. *Health, civilization and the state*. London/New York, Routledge, 1999; RANGER, T. and SLACK, P. (eds) *Op cit.*, 1992; ROSENBERG, C. and GOLDEN, J. (eds), *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Jersey, 1992; ROSENBERG, C. *The Cholera Years*. The United States in 1832, 1849, and 1866. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1987(1962); \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1992; EVANS, R. *Death in Hamburg*. Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910. London: Penguin Books, 1987.

um todo quanto se esperava. As pesquisas, no geral, foram marcadas simultaneamente por uma abundância de fontes produzidas pela administração Imperial, especialmente pela Comissão de Higiene Pública, e por uma indigência documental no que diz respeito a jornais, processos-crime e ações ordinárias. Estas últimas constituiriam as peças onde, em geral, se poderia perceber as respostas de outros setores da sociedade às epidemias bem como também as formas como as enfermidades entravam na experiência cotidiana e se relacionavam com as diferentes práticas de cura existentes. Contudo, fontes capazes de fornecer esse tipo de informação, embora inexistentes para o período correlato à epidemia de 1855, eram fartas para épocas muito próximas e em que não havia ocorrido nenhum surto epidêmico. Tal percepção levou-me a uma encruzilhada no desenvolvimento do trabalho. Deveria eu abandonar completamente a idéia de utilizar a epidemia de 1855, como instrumento de análise, e dedicar-me somente à compreensão da experiência da doença e das práticas de cura, que tão claramente apareciam em documentos tão próximos no tempo? Ou devia fazer uma análise do que foi a epidemia, conforme registrado por médicos e autoridades, e aprofundar-me no estudo de como as ações posteriores do governo da província em relação ao nascente setor da Saúde Pública foram influenciadas por ela?

Seguindo a segunda possibilidade, acreditei que a saída para esse impasse seria acompanhar a epidemia de cólera de 1855, as respostas dadas a ela por parte do governo, o período que se estendia até a ocorrência de uma nova epidemia da mesma moléstia, em 1867, e, para finalizar, um estudo comparativo com esse segundo surto da doença na cidade. Assim, dei início ao estudo da documentação que se referia a epidemia de 1855 com o intuito de, utilizando por base as indicações de outras pesquisas sobre epidemia, reconstituir a história do que foi o surto em Porto Alegre e qual o papel que este veio a desempenhar nos debates sobre a constituição da Saúde Pública como um setor de ação dos poderes governamentais. Todavia, quando mais eu me enfronhava na documentação referente à epidemia de 1855, mais eu percebia que muitas das questões que me surgiam com a leitura dos documentos, não tinham como ser explicadas apenas com um estudo comparativo da ocorrência de epidemias em outros lugares do Brasil e do mundo naquela mesma época. Existiam comunicados, regulamentos e conflitos que somente faziam sentido quando cotejados com a documentação que, a princípio, eu havia dispensado por não se referir ao período epidêmico.

Por outro lado, muito rapidamente percebi também que seria complicado o estudo comparativo a que me propunha pela falta de trabalhos e pesquisas anteriores, especialmente sobre demografia e flutuações de população na região. Sem estudos demográficos acessíveis, o que me restava, como possibilidade de investigação eram os censos. Porém, os censos para a região de Porto Alegre e mesmo para a província do Rio Grande do Sul somente podem ser considerados confiáveis a partir de 1858, visto que o próprio texto do censo anterior, de 1847, afirma que muitos dos números se baseavam em estimativas.<sup>5</sup> Além disso, mesmo que se pretendesse usar as estatísticas de 1858, comparativamente por aproximação, os números produzidos durante a epidemia não se encaixavam na metodologia usada pelo censo. Tal fato inviabilizou que se pudesse, a partir daí, reconstituir estatisticamente as porcentagens da epidemia, além daquela já feita pelo próprio Presidente da província da época. Isto é, de que o surto ceifara a vida de pelo menos 10% da população que então habitava o 1º e o 2º distritos de Porto Alegre.

Tais dificuldades me fizeram novamente reorientar o trabalho. Afinal, de que forma eu poderia encontrar as respostas que procurava sobre a experiência da enfermidade e suas relações com as práticas de cura e, ao mesmo tempo, perceber como estas subjaziam as respostas sociais dadas ao cólera, sem perder de vista os debates que a epidemia suscitou acerca da Saúde Pública como ramo da administração governamental? Vi-me diante de um lento e penoso exercício de reelaborar as questões que eu fazia às minhas fontes de pesquisa. Foi já tentando escrever sobre a epidemia de cólera de 1855 que percebi onde estava o problema que não me deixava elaborar com clareza uma tese sobre o período. Era necessário, antes de tudo, deixar de ver as ações dos sujeitos, durante a epidemia, como auto-explicativas. De fato, apenas uma

---

<sup>5</sup> De acordo com a compilação dos Censos de 1803 a 1850, feita pela Fundação de Economia e Estatística em convênio com o Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa, até 1835 várias “foram as metodologias utilizadas para o levantamento de dados na época. Geralmente, o Encarregado realizava levantamentos estatísticos enviando ofício às Autoridades e Empregados Públicos das diversas Freguesias e Distritos do interior, através dos quais solicitava informações, mas que nem sempre eram atendidas, por ‘não haver obrigatoriedade no fornecimento das mesmas’”. Mais adiante, a mesma publicação informa que no “período de 1835 a 1845, a irrupção da Revolução Farroupilha trouxe uma paralisação nos serviços estatísticos, pois as atenções e interesses estavam naturalmente voltados para assuntos referentes à revolução, bem como aos armamentos e artigos bélicos. Somente em 1846, com a nomeação do Conselheiro Antônio Manuel Corrêa da Câmara para reconduzir os trabalhos estatísticos da Província, foram realizadas novas investidas na área”. O resultado são duas listas de população referentes aos anos de 1846 e 1847, com base nas listas eclesiásticas, mas que se restringem à população livre. Ver FEE. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul. Censos do RS: 1803-1950*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística (FEE)/ Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa, 1981, respectivamente p. 51, p.58, p. 60, 61 e 62.

investigação maior sobre a experiência social da enfermidade naquela sociedade seria capaz de esclarecer as atitudes tomadas durante a epidemia de 1855 e as respostas que aquela sociedade elaborou na medida em que, findo o flagelo, se deveriam procurar realizar ações que evitassem que ele voltasse a ocorrer.

Assim, partindo da idéia inicial de buscar elaborar este estudo dentro da perspectiva de uma *história da saúde*, reorganizei os planos da tese de forma a conseguir responder as questões que os relatos da epidemia de 1855, em Porto Alegre, me suscitavam. Eu não poderia entender os rumos e as respostas dadas à epidemia sem entender, igualmente, o universo de práticas que constituíam a experiência da enfermidade e da cura e também ter uma clara noção do que era a atenção dada à saúde da população pelos órgãos governamentais da época. Somente tendo clareza sobre estes elementos, os quais, juntamente com a interpretação do ambiente constituíam a *agenda pré-existente de questões* sob a qual o cólera foi interpretado à época, eu poderia compreender as reações daquela sociedade ao trauma de sua primeira grande epidemia.<sup>6</sup> Dessa forma, o surto colérico de 1855 constitui-se em meu ponto de partida e, portanto, no primeiro capítulo da tese.

Antes de explicitar as questões a que me referi e que constituem o restante do corpo desta pesquisa quero deixar claro o que entendo por *história da saúde*, já que é dentro desta perspectiva que pretendo inserir o meu trabalho. Para mim, este é um campo que se configura complexo e abrangente, através do qual a vida social, política e cultural dos grupos humanos pode ser percebida e analisada pelo historiador a partir da ocorrência de enfermidades individuais ou coletivas. A proposta é utilizar *saúde* – visto como um termo que abrange desde as práticas populares e científicas até ações e políticas públicas, ocorrência de doenças, interação com o ambiente, etc – como um veículo para a investigação da organização social.

De fato, essa não é uma idéia recente. Tal perspectiva vem sendo alvo de reflexões mais amplas por parte dos historiadores desde pelo menos a década de 1960, quando um renovado interesse pelo estudo das sociedades nos períodos epidêmicos e por uma história social das doenças aliada à antropologia médica suscitou o surgimento de obras que vêm influenciando estudos semelhantes desde então. Estas pesquisas, igualmente, se beneficiaram da expansão dos interesses dos historiadores em termos de

---

<sup>6</sup> SLACK, P. Introduction, in RANGER, T. and SLACK, P. (eds), *Op cit.*, 1992.

objetos e fontes de investigação.<sup>7</sup> Os nomes para o campo, no entanto, variam. Os europeus, em especial na Inglaterra e na França, mantêm este sob a denominação de História da Medicina, em alguns casos, Nova História da Medicina e lhe dão um caráter bastante abrangente.<sup>8</sup>

Jean-Pierre Goubert justifica este uso se referindo à etimologia da palavra “medicina”. De acordo com o autor, a raiz “med”, derivada do indo-europeu, significava originalmente ocupar-se de alguém ou alguma coisa. Com o tempo, esta modificou seu sentido passando a significar “tratar/cuidar – e não curar – mas também governar”.<sup>9</sup> Goubert lembra que a polissemia desta raiz a coloca também na origem de palavras como *mágico* e *magô*. Mágicos e médicos supostamente devem saber prever e anunciar o futuro, com a ajuda da observação dos astros e de outros signos de observação clínica dos corpos humanos. Dentro desta perspectiva, Goubert acredita que ao falar em *história da medicina* ele não está se referindo unicamente ao período científico de sua evolução ou apenas ao mundo ocidental. Logo, o autor inclui dentro de sua definição do campo *história da medicina*, não apenas a medicina popular, mas também a ação dos enfermos e de todos os que se interrogam sobre a saúde e a presença da doença. Para Goubert, o ponto de partida deste campo de pesquisa não seria nem a história do *corpus* médico, nem das ciências, nem tampouco dos saberes. Ela iniciaria pela evolução que marca os usos do corpo e das maneiras de “habitar”, pois “nós habitamos mesmo antes de nascer um corpo e uma casa que não são os nossos”, assim, pensar o bem-estar do corpo é também pensar conjuntamente seus hábitos de morar e estar bem junto ao seu *habitat*.<sup>10</sup>

A ampla definição de Goubert para a *história da medicina*, embora clara e erudita, não apaga o fato do termo ainda estar excessivamente ligado a uma concepção de medicina científica, ocidental e moderna. Essa dificuldade de nomeação tem pulverizado o campo em denominações diversas para cada tipo de abordagem a que os historiadores se propõem: história das ciências, do ambiente, das práticas de cura, das doenças, etc. Minha opção por *história da saúde* parte da idéia de que esta é a preocupação que está na base destes campos. A preocupação com a manutenção da vida

---

<sup>7</sup> SLACK, P. Introduction, in RANGER, T. and SLACK, P. (eds). *Op. cit.*, 1992, p. 1-2.

<sup>8</sup> Ver PORTER, R. *Cambridge – História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001; \_\_\_\_\_. *Das Tripas Coração: Uma Breve história da Medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004; GOUBERT, J-P. *Iniciation à une nouvelle histoire de la médecine*. Paris : Ellipses, 1998.

<sup>9</sup> GOUBERT, J-P. *Op. cit.*, 1998, p. 37.

<sup>10</sup> Idem, p.6.

e, por correlação, da boa saúde, me faz utilizar este termo de forma englobante, já que, no estudo que agora desenvolvo os outros termos me pareceram ou limitantes ou problemáticos, como é o caso da denominação *história da medicina*.

Com base nestas idéias, voltei-me para os relatos da epidemia de 1855 na capital da província do Rio Grande do Sul e me deparei com elementos que me levavam a me perguntar sobre diferentes setores da sociedade e também aos diferentes aspectos de uma mesma história. Se, por um lado, as fontes de que eu dispunha, embora ricas em informações e mesmo numerosas, pareciam não se prestar a permitir um estudo de epidemias clássico, por outro, elas me permitiriam responder a quatro questões importantes sobre a época e a epidemia.

Primeiramente, como era mundo dos enfermos em meados do século XIX, como estes viviam a experiência da doença, com quem contavam em seus momentos de aflição, quais as possibilidades de cura e qual o itinerário terapêutico que estes seguiam em suas buscas pela sobrevivência? Responder a isto me permitiria traçar em linhas amplas, mas claras, sobre qual mundo a epidemia de cólera se alastrou. Se a epidemia foi um desastre, este foi o seu cenário. Foi para as pessoas que viviam a doença destas formas que regulamentos foram elaborados, ordens foram dadas e práticas de cura foram pensadas e testadas. O esforço de elaborar esta compreensão se constitui no segundo capítulo desta tese.

A segunda questão apareceu como um questionamento sobre as formas como as autoridades reagiram à ameaça e a epidemia propriamente dita. Afinal, é preciso compreender que este é um momento importante na história do Brasil no que diz respeito ao surgimento da Saúde Pública como um ramo de ação institucional. A década de 1850 marca o início sistemático dos debates acerca de qual papel seria representado pelo governo da nação junto ao processo de melhoramento sanitário das cidades e do país. As discussões sugeridas pela documentação perpassam as dúvidas sobre como e em que medida os órgãos administrativos deveriam atuar nesse setor específico. Sobre o que se deveria entender como *Saúde Pública* e em que medida esta definição deveria ultrapassar o antigo conceito de *Socorros Públicos*. Por outro lado, este também é o momento em que emergem questões sobre o papel da caridade e da filantropia junto à sociedade e se a ação do governo em saúde deveria pautar-se por estas ou por um *dever* inerente à própria noção de Estado. Em nenhum momento a documentação sugere que este caminho já estivesse previamente escolhido ou pavimentado. Alguns espaços de

atuação parecem mais claros, como a ação sobre o mundo urbano e o seu melhoramento sanitário. Outros são ainda nebulosos e problemáticos como o socorro aos males individuais e coletivos da população. Afinal, o governo deveria assistir aos pobres enfermos ou preocupar-se em buscar para eles tratamentos eficazes? Regulamentar e organizar tais esforços deveria caber a que setores da administração do Império? Tentar responder a estas questões é o objetivo do terceiro capítulo deste trabalho.

A questão seguinte diz respeito da atuação dos curadores neste universo sócio-cultural, tanto em sua inserção junto aos doentes, quanto no papel que desempenhavam na sociedade da época. Aí é importante perceber as nuances que marcavam os diferentes tipos de agentes sociais que “se metiam a curar”, uma diversidade que a historiografia brasileira aponta como vasta tanto no tempo quanto no espaço. O século XIX não nega essa riqueza em médicos diplomados que exerciam cargos públicos e buscavam firmar leis e costumes que valorassem sua posição social e a de seus saberes; cirurgiões, boticários e práticos que lutavam para manter-se dentro da legalidade e do respeito conquistados em épocas anteriores; curandeiros de todos os matizes cujos saberes secretos ou comezinhos mantinham firme espaço junto ao “bom conceito popular”. O que constituía ter o poder (ou o conhecimento) da cura naquela sociedade? Como o cuidar e, por vezes, tratar, poderia ser usado como uma tática de captação – caso dos padres, médicos-políticos e outros tipos de sacerdotes –, como arma de luta, oposição e negociação – mais patente entre os escravos e libertos que aparecem nos documentos como curandeiros – e como moeda de troca social? A análise destes sujeitos e seu papel na sociedade porto-alegrense, em meados do século XIX, constitui o quarto capítulo da tese.

Por fim, resta analisar com maior profundidade a interpretação que a sociedade – descrita nos três capítulos anteriores – deu a ocorrência da epidemia de cólera. Para isso, busquei reconstruir sobre que bases, além universo sócio-cultural descrito, se organizou aquilo que Virginia Berridge e Paul Farmer chamaram de *agenda pré-existente de questões*.<sup>11</sup> As noções de salubridade e as relações estabelecidas entre os habitantes da região e o meio ambiente aí existente são fundamentais para se compreender os caminhos escolhidos para responder ao flagelo e evitar um outro ataque da mesma

---

<sup>11</sup> BERRIDGE, V. The early years of AIDS in the United Kingdom 1981-6: historical perspectives. In RANGER, T. and SLACK, P. (eds). *Op. cit.*, 1992, pp. 303-326; FARMER, P. Mandando Doença: feitiçaria, política e mudanças nos conceitos da AIDS no Haiti rural, in HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp. 535-565.

magnitude. Este capítulo além de apresentar alguns novos elementos também pretende amarrar os dados mostrados anteriormente evidenciando o quanto a forma como a epidemia se deu, as reações e interpretações que se seguiram a ela, somente podem ser compreendidas dentro do quadro sócio-cultural próprio daquela sociedade. Logo, este quinto capítulo é também, em grande parte uma conclusão.

## Capítulo 1 - “O maior flagelo do mundo”

Por muito tempo, os relatos dos historiadores tiveram a absurda frieza do inábil cronista que, ao se deparar com uma manhã de revolução, escreve que se incomodou por seu café estar frio ou porque o barulho das ruas, onde a população marchava revoltada, não o deixou dormir até mais tarde. Esse tipo de narrativa se tornava ainda mais desconcertante nos historiadores que se punham a analisar os itinerários da saúde e da doença no passado. Tais estudos convertiam-se assim, muitas vezes, tão somente em uma história das doenças e dos números.

A história social das últimas décadas, no entanto, tem cobrado dos pesquisadores que a dimensão do sofrimento humano seja chamada a representar seu papel nos relatos historiográficos, da mesma forma que ela o desempenha nas representações imaginárias e nas práticas sociais dos agentes históricos. Este é um desafio que se impõe a qualquer historiador que se debruce sobre os itinerários percorridos no passado pela doença e pelos seres humanos em busca da saúde e da cura. Um desafio que se torna ainda mais patente quando se tem em mãos a necessidade de escrever e analisar o ataque de uma epidemia e o rastro de morte e dilemas que ela deixou em sua passagem por uma determinada sociedade.

“Às epidemias é atribuído um importante papel na História Social das diferentes populações humanas. Através das visitas ocasionais e inesperadas a peste, a varíola, a febre amarela, a cólera, a tuberculose e, mais recentemente, a AIDS, vêm afligindo às sociedades e chamando atenção dos estudiosos, pois em época de visitação, apesar da consternação geral, a sociedade é obrigada a se renovar”.<sup>12</sup>

A epidemia de cólera que chegou a Porto Alegre, na segunda metade de 1855, pode ser considerada de pouca abrangência se comparada com a ação da mesma doença

---

<sup>12</sup> BELTRÃO, J. F. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu paraense Emílio Goeldi/UFPA, 2004.

em outros lugares do mundo e do Brasil. Ou seja, o cólera matou aí, relativamente, menos que em outros lugares mais populosos ou mais insalubres. Não que não se possa recorrer a números ilustrativos e assustadores na narrativa desta *visitação*. Dizer, afinal, que morreram cerca de 10% da população da capital da Província do Rio Grande do Sul em pouco mais de dois meses é bastante significativo, mas, comparativamente com outros lugares, pode-se até dizer que não foi tanto assim. Afinal, em 1832, o cólera matou em Paris entre 20 e 30% da população, numa epidemia considerada bem menos mortífera que a de 1855 – a qual chegou, em alguns departamentos da França ao índice de 40%.<sup>13</sup> No Brasil, por exemplo, a Província da Bahia, atingida alguns meses antes do Rio Grande do Sul, teve localidades que chegaram igualmente a um índice de mortalidade de mais de 40%.<sup>14</sup> E, mesmo assim, alguns autores consideram que o impacto do cólera sobre a demografia, foi relativamente pequeno, se comparado com o de outras doenças epidêmicas.<sup>15</sup>

Não obstante tudo isso, a chegada do cólera às grandes cidades do Velho Mundo acabou por colocar em cheque elementos que há muito eram mantidos latentes naquelas sociedades, como as revoltas e desconfianças da população empobrecida em relação aos seus governos, classes abastadas e médicas. Mas também ampliou e aprofundou o debate – nada recente entre médicos e autoridades públicas – sobre a natureza desta e de outras doenças, sobre a conveniência de se utilizar os métodos usuais de proteção contra as epidemias, como as quarentenas e os cordões sanitários e, especialmente, sobre o papel da Saúde Pública.<sup>16</sup>

Esse papel, hoje reconhecido, das epidemias na história da humanidade, começou a ser destacado pela historiografia entre o fim dos anos 1950 e o início dos 60, quando Louis Chevalier e Asa Briggs, dois dos pioneiros neste campo, alertaram para a ação desempenhada pelas incursões do cólera no Ocidente durante o século XIX.<sup>17</sup> Briggs propôs que se percebesse que, no caso do cólera, sua ação quase que seletiva –

---

<sup>13</sup> WERNER, A. et H. avec GOETSCHER, N. *Les Epidémies, un soursis permanent*. Atlande, 1999, p. 38 ; BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Une Peur Bleue*. Histoire du Cholera en France, 1832-1854. Paris : Payot, 1987, cap.2.

<sup>14</sup> DAVID, O. R. *O Inimigo Invisível*. Epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: EDUFBA, Sarah Letras, 1996, p.123.

<sup>15</sup> ROSENBERG, C. E. Cholera in nineteenth-century Europe: a tool for social and economic analysis. In ROSENBERG, C. E. *Op cit.*, 1992, pp. 109-21.

<sup>16</sup> Ver ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *The Bulletin of the History of Medicine*. Vol.22, 1948, pp. 562-93.

<sup>17</sup> CHEVALIER, L. (ed.) *Le Choléra: la première épidémie du XIXe siècle*. Etude Collective présentée par Louis Chevalier, Société de Histoire de la Révolution de 1848, Tome XX, CNRS 1958.; BRIGGS, A. 'Cholera and Society in the Nineteenth Century', in *Past and Present*, number 19, april, 1961, pp. 76-96.

atacando as classes sociais menos favorecidas – tornava o estudo destas epidemias um instrumento privilegiado para compreender as estruturas, a coesão e as tensões sociais próprias do século XIX, inclusive no que dizia respeito aos binômios Saúde Pública/Estado, e Medicina/Sociedade.<sup>18</sup> Nos anos 1970, os estudos sobre a doença e o corpo como objetos da história alcançaram um espaço ainda maior. O clássico artigo de Jacques Revel e Jean Pierre Peter, em *História: Novos objetos*, veio tornar-se um dos inspiradores dessa corrente, na medida em que chamava atenção para a experiência da doença como um fator de tensão, “de desorganização e reorganização social”.<sup>19</sup>

O interesse pelo *corpo* como um espaço em que se poderia observar a configuração histórica dos encontros entre a materialidade orgânica e os padrões de ação social, bem como as complexas redes simbólicas em que estes estavam inseridos ampliou significativamente tanto os trabalhos na área como as abordagens pelas quais este objeto era percebido. Assim, temas conexos como as atitudes perante a morte e os medos provocados nos períodos em que as epidemias desorganizavam os tratos com ela, passaram a figurar com maior frequência na agenda de pesquisa dos historiadores.<sup>20</sup> Entre fins da década de 1970 e a de 80, a valorização da experiência pessoal e coletiva da massa anônima abriu espaço para o que se chamou de *history from below* (ou a história vista de baixo) a qual foi apropriada pelos estudos em saúde e doença como a busca pela *visão do paciente*, isto é, a percepção daquele que adoecia sobre esta experiência, fato até então negligenciado pela história da medicina.<sup>21</sup>

Na mesma época, a influência advinda tanto da história das civilizações quanto da mais recente história ambiental chamava a atenção para as epidemias como fenômenos fundamentais na macro-história humana. O historiador norte-americano William McNeill destacou sucessivamente o papel decisivo das doenças no curso da história e o que ele denominou de *rupturas epidemiológicas*. Ou seja, “*rompimentos violentos no equilíbrio biológico entre microorganismos ou ‘microparasitas’ e*

---

<sup>18</sup> BRIGGS, A. *Op cit.*, 1961, p. 76 e SILVEIRA, A. J. T. e NASCIMENTO, D. R. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças, in NASCIMENTO, D. R. & CARVALHO D. M. de (org.s). Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 14.

<sup>19</sup> REVEL, J. e PETER, J-P. O corpo: o homem doente e sua história, in *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976, p. 144.

<sup>20</sup> ARIÈS, P. *O Homem perante a Morte*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1988. DELUMEAU, J. *História do Medo no Ocidente. 1300-1800*, São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

<sup>21</sup> SHARPE, J. A História vista de baixo, in BURKE, P. (org.) *A Escrita da História: Novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1989, pp.39-61; PORTER, R. The Patient’s View : Doing Medical History from below, *Theory and Society*, Vol. 14, n . 2, Mar. 1985, p. 175-198.

*hospedeiros humanos*”.<sup>22</sup> McNeill acredita que a ocorrência dessas rupturas teria a tendência a provocar choques nas estruturas das sociedades, abalando suas economias e suas organizações políticas, sociais e culturais. Em França, Le Roi Ladurie forjou, na mesma época, o conceito de *unificação microbiana do mundo* a fim de compreender o impacto biológico dos encontros entre populações de diferentes partes do globo.<sup>23</sup> Estas perspectivas têm sido mais recentemente exploradas por uma linha de estudos que prioriza as relações entre biologia e ambiente e tem como um de seus principais expoentes, o historiador norte-americano Alfred Crosby.<sup>24</sup>

Campos correlatos a esta história que focalizava o corpo, a saúde e as doenças individuais e coletivas também estavam passando por transformações neste período, em especial, a própria história da medicina. Esta, antes restrita ao papel dos médicos junto ao Estado, passava a incorporar, em meados dos anos 1970, outras dimensões, como a compreensão das esferas de poder na sociedade bem como a carga repressiva que impregnava a ação dos médicos. A França foi um dos lugares em que esta vertente se desenvolveu mais amplamente, tendo como inspiração os trabalhos do filósofo Michel Foucault.<sup>25</sup> Mas o maior destaque da historiografia francesa neste campo deu-se pela união entre a história demográfica e a história da medicina e da doença. Através do estudo de séries documentais que revelavam as curvas da mortalidade em razão das fomes e das doenças, os pesquisadores orientaram seus trabalhos no sentido de revelar para a história social o impacto das epidemias e as atitudes perante a morte entre os franceses durante o período Moderno. Uma nova vertente de historiadores preocupados ao mesmo tempo com as intervenções do Estado e com a dinâmica das populações passaram a dar uma atenção maior a este campo da história. Esse foi o caso de autores como François Lebrun, Jean-Pierre Goubert e Jacques Leonard.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> McNEILL, W. Introduction. *Plagues and Peoples*. Garden City : New York, Anchor Books, 1976.

<sup>23</sup> LE ROY LADURIE, E. Um conceito: A Unificação Microbiana do Mundo (Séculos XIV-XVII), In *Le Territoire de L'historien* 2 (Paris, 1978).

<sup>24</sup> CROSBY, A. *The Columbian Exchange: biological and cultural consequences of 1492*. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1973; \_\_\_\_\_. *Imperialismo Ecológico: A Expansão biológica da Europa, 900-1900*. São Paulo, Cia das Letras, 1993.

<sup>25</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004; \_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

<sup>26</sup> LEBRUN, F. *Les Hommes et la Mort em Anjou, aux 17 et 18 siècles*. Essay démographie et de psychologie historiques. (1ª ed. 1971) Paris : EHSS, 2004 ; GOUBERT, J.-P. *Médecin et Malades em Bretagne, 1770-1790*. Rennes : Université de Haute-Bretagne, 1972 ; LÉONARD, J. *La France médicale. Médecins et malades au XIX*. Paris : Gallimard, 1978 ; \_\_\_\_\_. *La medecine entre les savoirs e les pouvoirs*. Paris : Aubier, 1981.

Nos EUA, os diálogos entre os interesses governamentais, a ação médica e as respostas da população às epidemias – conjugadas a uma crítica às concepções clássicas de história da saúde pública herdadas de George Rosen – se materializaram nas pesquisas sobre o cólera realizadas por Charles Rosenberg. Para este historiador, os estudos sobre as doenças e a saúde possibilitam aos investigadores identificar elementos ou mesmo “chaves” através das quais se podem desvendar aspectos nem sempre muito evidentes de uma determinada sociedade. Outros estudos vieram aprofundar e revisar estas propostas, sendo bastante significativos os trabalhos de François Delaporte – que conjuga a inspiração foucaultiana com a história social – e Richard Evans igualmente sobre as epidemias de cólera e as mudanças sociais e políticas ocorridas a partir daí em lugares como Paris e Hamburgo.<sup>27</sup> Na realidade, trabalhos que encaravam essa perspectiva se multiplicaram e se espalharam em termos geográficos de abordagem.<sup>28</sup> As respostas sociais a uma epidemia representariam, para esses autores, a possibilidade de se fazer um corte transversal no todo social e analisá-lo em suas conexões em termos de instituições e cultura.

Em um seminário realizado em 1989, o qual resultou em uma publicação da *Past and Present* sob a organização de Paul Slack e Terence Ranger, vários historiadores pretenderam fazer uma avaliação dos rumos tomados pelas pesquisas que tematizavam as epidemias nas décadas que haviam decorrido desde as provocações de Chevalier e Briggs. Paul Slack escreve uma Introdução a esta publicação, na qual busca sintetizar as principais conclusões a que os estudos sobre epidemia chegaram nestes primeiros trinta anos. Das conclusões aí apontadas destacam-se três. A primeira se refere à importância da compreensão das percepções acerca das doenças e das epidemias, isto é, o estudo dos meios pelos quais as doenças têm sido interpretadas ou “construídas” no passado.<sup>29</sup> A segunda se refere à proposta destes autores em se distinguir *populares*, *governantes* e *práticas curativas* como os sujeitos que, equacionados, produziram as idéias a respeito das epidemias, mas ressalta-se aí também

---

<sup>27</sup> DELAPORTE, F. *Op cit.*, 1986; EVANS, R. *Op cit.*, 1987.

<sup>28</sup> Na América Latina e no Brasil, trabalhos neste sentido vêm sendo desenvolvidos, especialmente a partir dos anos 1990. Aqui pode-se citar: CUETO, M. *Op cit.*, 1997; CHALHOUB, S. *Op cit.*, 1996; ARMUS, D. *Op cit.*, 2002

<sup>29</sup> SLACK, P. *Op cit.*, 1992, p. 3.

a necessidade de cada um destes ser observado e analisado cuidadosa e amplamente.<sup>30</sup> A terceira diz respeito à equação entre epidemia e transformação social.<sup>31</sup>

Estes três pontos acabaram sendo fundamentais para pensar o objeto proposto por esta pesquisa e as análises daí advindas têm permitido articular o objetivo de compreender a experiência da doença e as práticas de cura e saúde que existiam na sociedade em foco. A primeira destas questões – sobre a interpretação das doenças – irá articular-se principalmente a partir das características próprias da doença epidêmica em estudo. Nesse sentido:

“(…) epidemias como outras aflições e desastres apresentam e apresentaram dilemas comuns, originados da necessidade de explicá-las e combatê-las; e as respostas repetem a elas mesmas na história. Entretanto, como várias formas de religião e ritual indicam, respostas intelectuais e sociais assumiam diferentes aspectos em diferentes contextos sociais, culturais e políticos”.<sup>32</sup>

Dessa forma, a investigação destes aspectos dirige o historiador à idéia de que as percepções das doenças, como das epidemias, estão inextricavelmente ligadas a características e interpretações já presentes nas sociedades por estas atacadas. A compreensão desta *agenda pré-existente de questões* é fundamental para o entendimento das respostas sociais que foram articuladas na esteira da mobilização em torno da doença.<sup>33</sup> Com base nestes elementos, Paul Slack sugere que ao estudar uma determinada epidemia os autores tenham em mente as seguintes variáveis: 1) o tipo de doença; 2) a violência e o tempo de duração do ataque; 3) se ela ataca indiscriminadamente ou é seletiva; e, por fim, 4) que tipo de relação pode ser feita entre as características da doença e as do ambiente.

Levando em conta o tipo de doença, sabemos que, no que se refere ao contexto europeu e da América do Norte do século XIX, o cólera teve um impacto profundo sobre o imaginário das populações que aí viviam. Rosenberg chamou a atenção para o fato de que, nesse sentido, nenhuma outra doença pode ser comparada ao cólera, em função das imagens humilhantes suscitadas pela doença e a forma como esta feria as sensibilidades da época.<sup>34</sup> Tal fato não foi diferente no Brasil. O imaginário de terror em torno do “mal do Ganges”, como era chamado, se construiu sobre o fato de que este

---

<sup>30</sup> *Idem*, p. 11.

<sup>31</sup> *Idem*, p. 9-10.

<sup>32</sup> *Idem*, p. 4-5 (Tradução minha).

<sup>33</sup> *Idem*, p.5, ver também FARMER, P. Mandando doença: feitiçaria, política e mudança nos conceitos da AIDS no Haiti rural, in HOCHMAN, G. e ARMUS, D. *Op. cit.*, 2004, p. 535-565.

<sup>34</sup> ROSENBERG, C. E. *Op. cit.*, 1992, pp. 109-21.

matava não somente metade daqueles que contaminava, como também os matava em poucas horas e de maneira degradante. Conforme Richard Evans chamou a atenção, é preciso, em especial, no caso do cólera, debruçar-se sobre o impacto dos sintomas desta moléstia sobre as sensibilidades coletivas.<sup>35</sup> A imagem humilhante e desumanizadora dos coléricos, associadas à rapidez com que se dava o ataque da doença, são elementos fundamentais para compreensão das respostas sociais dadas a este tipo específico de epidemia. As reações ao cólera, se comparadas às direcionadas a outras doenças, na mesma época, como a tuberculose que efetivamente matava mais, ou às febres ainda tão pouco identificadas, parecem sobressair-se justamente em função de seu caráter espetacular e aterrador. “Morrer ou não de cólera faz diferença!”<sup>36</sup>

O segundo elemento proposto por Slack é o que diz respeito ao estudo dos sujeitos envolvidos na elaboração das percepções acerca da epidemia: *populares*, *governantes* e *curadores*. Sua articulação é, porém, mais complexa, no sentido de que estes são sujeitos plurais, cujas ações coletivas encobrem uma miríade de atitudes e percepções individuais. Entretanto, a distinção entre as percepções destes grupos configura-se num eficaz instrumento para observar como as reações à epidemia revestiram-se de diferentes ideologias e traduziram, em grande parte, interesses diversos. Nesse sentido, não se pode negar que a escolha desta forma de equalização é, antes de tudo, um subterfúgio didático, o qual, provavelmente, encobrirá a elaboração de determinados aspectos importantes das respostas sociais que se busca compreender. Ainda assim essa parece ser a forma como mais facilmente se pode diferenciar os tipos de reação à epidemia e, por isso, observar as ações destes grupos em separado acabou por constituir-se em parte importante deste trabalho.

A terceira questão abordada na Introdução de Slack ao livro, se refere à relação que a historiografia tem estabelecido entre epidemias e transformação social. De fato, existe uma ampla discordância entre os autores que têm estudado o cólera a respeito de seu impacto sobre as sociedades ocidentais do século XIX. Os historiadores que seguiram a tradição de Chevalier e Briggs, como François Delaporte e Richard Evans, deram maior importância às transformações acarretadas pela ocorrência destas epidemias em função das situações anormais que elas provocavam. Já Margareth Pelling defende a idéia de que os efeitos do cólera tiveram menor intensidade que os produzidos

---

<sup>35</sup> SLACK, P. *Op cit.*, 1992, p. 5-6.

<sup>36</sup> BELTRÃO, J. *Op cit.*, 2004, p. 28

pelas febres ou pela tuberculose.<sup>37</sup> E que a repercussão das epidemias da doença, no XIX, pouco ou nada alterou os rumos tomados pelas sociedades atacadas.<sup>38</sup> Giulia Calvi, ao estudar a peste em Florença no século XVII, argumentou, neste sentido, ser necessário ao historiador estar atento ao quanto as narrativas das epidemias acabaram transformando-se em metáforas das transformações sociais.<sup>39</sup> Charles Rosenberg, no entanto, opta por uma abordagem que tende a relativizar a importância das epidemias de cólera no século XIX. Não seria a ocorrência da moléstia que levaria às mudanças na sociedade estudada, ela apenas as favoreceria no sentido de criar circunstâncias em que idéias já presentes naquele meio fossem colocadas em execução.<sup>40</sup> Contudo, o fato é que a interação entre as epidemias e as percepções que se construíram em função delas bem como o seu impacto na sociedade somente podem ser compreendidas no universo de cada caso estudado. As divergências entre os estudiosos do tema servem assim como um alerta para que a valorização desses elementos não seja nem superestimada nem desprezada.<sup>41</sup>

No Brasil, não poucos trabalhos têm se dedicado à história das epidemias. Além das pesquisas sobre o impacto do surto de cólera de 1855 – que analisaremos a seguir – também a febre amarela tem gerado estudos significativos.<sup>42</sup> Estes têm se preocupado especialmente em compreender o choque da primeira grande epidemia de febre amarela (1849-50) sobre a constituição do campo da Saúde Pública no Brasil e dos papéis aí representados tanto pelo estado imperial, quanto pela elite médica brasileira. A varíola é outra das doenças epidêmicas que tem impulsionado os historiadores a buscarem compreender o seu impacto e as respostas sociais que gerou, tanto no que diz respeito às epidemias da moléstia que grassaram pelo Império e primeiras décadas da República,

---

<sup>37</sup> PELLING, M. *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press, 1978; ROSENBERG, C. E. *Op cit.*, 1992.

<sup>38</sup> PELLING, M. *Op cit.*, 1978.

<sup>39</sup> CALVI, G. A Metaphor for Social Exchange: The Florentine Plague of 1630, *Representations*, 13, Winter 1986.

<sup>40</sup> ROSENBERG, C. *Op cit.*, 1987.

<sup>41</sup> BELTRÃO, J. *Op. cit.*, 2004, p. 54; SLACK, P. *Op cit.*, 1992, p. 10.

<sup>42</sup> FRANCO, O. *História da febre-amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação, 1976; SANTOS FILHO, L. de C., NOVAES, J. N. *A febre amarela em Campinas, 1889-1900*. Campinas, s.n, 1989; BENCHIMOL, J. L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999; \_\_\_\_\_. (coord). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001; CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999; RODRIGUES, C. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(1): 53-80, mar.-jun. 1999.

quanto pela instituição da vacina anti-variólica no Brasil.<sup>43</sup> Uma grande quantidade das investigações mais recentes tem se dedicado, também, ao estudo da epidemia de gripe de 1919, a hespanhola.<sup>44</sup> Esses trabalhos têm tematizado tanto a ação da República no campo da Saúde Pública, quanto da medicina, do urbanismo e das respostas sociais aos períodos epidêmicos.

Todas estas doenças atravessaram o século XIX causando terror, morte e uma considerável sangria demográfica, à ponto de modificar costumes e preocupar seriamente as autoridades do Império.<sup>45</sup> No caso da epidemia de cólera no Rio Grande do Sul, contudo, a mortalidade não parece ter sido tão significativa quanto àquelas que geraram os estudos enumerados acima. Ora, nesse caso, o que leva, então, este trabalho a se destacar a ocorrência desta quadra específica para compreender as concepções de saúde, doença e cura da população da capital da província em meados do século XIX? Sendo que, em alguns estudos, como os de Margareth Pelling e mesmo de Charles Rosenberg, inclusive o impacto desta epidemia sobre as políticas públicas para a saúde em lugares em que ela foi muito mais mortífera não têm sido considerado decisivo?<sup>46</sup>

A resposta a esta pergunta somente pode ser dada em partes. A primeira é a que diz respeito à variável apontada por Slack, ou seja, o tipo de doença. Mesmo que demograficamente o cólera tenha sido menos devastador que outras moléstias, sua ação espetacular e degradante, como comentei acima, tornou seu impacto mais violento que o de outras enfermidades cujos ataques tinham sinais menos terríveis. Porém, não se pode

---

<sup>43</sup> SEVCENKO, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Scipione, 1993; BERTUCCI, L.M. *Saúde: arma revolucionária*. Campinas: Unicamp, Centro de Memória, 1997; CHALHOUB, S. *Op cit.*, 1999; FERNANDES, T. M. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999; TEIXEIRA, L. A. e ALMEIDA, M. Os primórdios da Vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, vol. 10, suplemento 2, Rio de Janeiro, 2003.

<sup>44</sup> TEIXEIRA, L. A. “Medo e Morte: Sobre a Epidemia de Gripe Espanhola de 1918”. Rio de Janeiro, UERJ/IMS. *Série Estudos de Saúde Coletiva*, nº59, 1993; BRITO, N. A. de. “La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro”. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol IV (1), mar/jun 1997; ABRÃO, J. S. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*, 1918. Porto Alegre, EDIPCRS, 1998; FERREIRA, R. B. *Epidemia e drama: a Gripe Espanhola em Pelotas – 1918*. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2001; BERTOLLI FILHO, C. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2003; GOULART, A. da C. *Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro*. Niterói, Dissertação de mestrado, UFF, 2003; BERTUCCI, L. M. *Influenza, a medicina enferma: Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2004; SILVEIRA, A. J. T. *A influenza espanhola e a cidade planejada – Belo Horizonte, 1918*. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal Fluminense em 2004; SOUZA, C. M. C. de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. In: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 12, n.1 (jan.-abr. 2005). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2005, p.71-97.

<sup>45</sup> Ver RODRIGUES, C. *Op cit.*, 1999.

<sup>46</sup> PELLING, M. *Op cit.*, 1978; ROSENBERG, C. E. *Op cit.*, 1992.

esquecer que, como destaca Evans, o fato de que os surtos epidêmicos de cólera tenham se confundido com a eclosão de inúmeros movimentos de revolta social, em especial nas décadas de 1830-40, e de guerras nas décadas de 1850-70, fizeram com que a doença se tornasse a epidemia símbolo do século XIX. Tais acontecimentos acabaram dotando as epidemias de cólera de uma face revolucionária e profundamente desestabilizadora da coesão social. Com efeito, o cólera se mostrou muito eficiente em trazer para o primeiro plano das preocupações uma série de desequilíbrios e desigualdades com os quais as sociedades recentemente industrializadas e urbanizadas vinham sendo obrigadas a conviver. As crises políticas associadas ao cólera foram igualmente identificadas por David Arnold. Este autor fez uma correlação entre os efeitos e as respostas à terceira pandemia de cólera com as políticas de saúde pública no mundo colonial britânico. Estas teriam, para ele, levado em conta tanto a mortandade entre os soldados quanto os movimentos locais de resistência às tropas britânicas na Ásia.<sup>47</sup>

A verdade é que, enquanto a fuga da frieza no relato das moléstias é um desafio para o historiador; as epidemias, tal qual o cólera, como fontes de análise constituem um acervo riquíssimo para a compreensão das sociedades do passado e para as formas como estas lidaram com algumas de suas maiores fontes de ansiedade: a doença, a coesão social e a morte. E isso não é algo totalmente dependente dos números que estas epidemias geraram. E aí temos a segunda parte da resposta da questão sobre porque destacar o cólera. O seu impacto sobre o imaginário e a memória das populações que atacou foi tão ou mais significativo que a mortalidade quantitativa e isso teve peso mesmo em lugares em que a epidemia foi rápida, matou pouco e nem mesmo provocou desordens sociais, como foi o caso de Porto Alegre.

Em meados do século XIX, o cólera já ocupava um lugar expressivo no imaginário popular que percebia as epidemias como uma ameaça constante não apenas à vida mas às formas como a vida era levada.<sup>48</sup> Mesmo sem a ação arrasadora que teve em outros lugares, o cólera chegou ao sul do Brasil precedido por uma fama aterradora. Era uma moléstia perversa, impiedosa e desestabilizadora. Não poupou nem mesmo os países considerados mais “avançados” segundo os moldes do Ocidente, o que ela não faria numa província em que os signos da “civilização” eram ainda tão precários? Não é

---

<sup>47</sup> ARNOLD, D. Crisis and Contradiction in India's Public Health. In PORTER, D. (ed) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdã, Clio Medica/Rodopi, 1994, pp. 335-53.

<sup>48</sup> WERNER, A. et H.; avec GOETSCHER, N. *Op cit*, 1999, p. 16.

de admirar que a documentação demonstre que havia a compreensão de que a chegada desta epidemia era praticamente inevitável. No Rio Grande do Sul, nem mesmo os discursos sobre a natural salubridade da província, impediram as autoridades de esperar e tentar resguardar a população da chegada do mal que, nas últimas décadas, com terror crescente, vinha atormentando o mundo ocidental.

De outra maneira, também não se pode esquecer que a pandemia mundial de cólera que chegou ao Brasil em 1855, se alastrou sobre um mundo que, em muitas de suas variantes – políticas, econômicas, urbanas, médico-científicas –, estava às portas de uma grande transformação. Uma transformação que, até as primeiras décadas do século seguinte, iria alterar as formas como esse mundo era compreendido. Em especial, no tocante as formas de viver, evitar e tratar as doenças. Estudar a epidemia de cólera de 1855 é antes de tudo estudar uma época singular, um momento sobre o qual convergem diversas questões – urbanismo, sanitarismo, saúde pública, profissionalização das artes de curar – que, antes latentes, passam a figurar em primeiro plano e que serão o mote principal das ações de médicos, políticos e governantes ao longo da segunda metade do século XIX e início do século XX.

Este capítulo tem como objetivo estudar o que foi a epidemia de cólera de 1855 na cidade de Porto Alegre, como ela foi esperada, quais os mecanismos de tentativa de prevenção que foram acionados, como ela se processou e as formas como ela foi tratada e vivida por esta sociedade. Para isso, organizei o capítulo da seguinte forma. Inicialmente, farei uma breve análise do que foram as epidemias de cólera para o Ocidente. Como elas foram compreendidas em suas passagens pela Europa e pela América do Norte, bem como o seu papel junto a construção do pensamento médico-higiênico destes lugares e junto às teorias médicas a respeito da natureza da doença, no caso, as disputas entre contagionismo e anti-contagionismo. A seguir, farei uma leitura geral da presença da epidemia de cólera no Brasil dando relevo aos lugares do país onde se pode contar com estudos históricos mais aprofundados: Grão-Pará, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro. Por fim, me dedicarei à compreensão da organização da Comissão de Higiene Pública e aos principais eventos que marcaram a chegada e o reinado da epidemia de cólera no Rio Grande do Sul e sua pesada ação sobre a capital – de longe, o município que mais sofreu com o flagelo.

### **1.1. A marcha do cólera para o oeste: ondas de terror e morte**

Os historiadores que têm se dedicado ao estudo do cólera são, em geral, unânimes em apontar a região do baixo-Bengala, no delta do rio Ganges, na Índia, como lugar de origem, o “nicho ecológico”, da doença. Foi nesta região que foram encontrados os mais antigos registros da moléstia, embora, a princípio, sem o caráter pestilento com que esta viria, mais tarde, ao invadir o Ocidente. A primeira “escapada” do cólera de sua região de origem para outras, pelo menos que se pode atestar com segurança documental, foi em 1629, quando se tem descrições da moléstia atingindo Java. Contudo, os estudiosos do tema não descartam a possibilidade de que a doença já tivesse contaminado a China em épocas anteriores, pelo menos, desde o século VIII d.C. Isso não quer dizer, contudo, que o cólera, na Ásia, fosse uma doença de caráter benigno, pelo contrário. Conforme argumenta Luiz Antonio de Castro Santos, os epidemiologistas classificam a doença, na Ásia, de *endêmica* e, de fato, tal termo, em si sugeriria uma gravidade ainda maior que o termo *epidemia*, pois a ceifa de vidas produzida pelo flagelo seria quase constante e não esporádica como o foi em outros lugares do globo. Tal classificação oculta, assim, uma realidade dolorosa e perversa de acordo com o autor, pois:

“(…) os especialistas consideram o termo *endemia* apropriado para doenças que provocam, em média, um número estável de vítimas em certa região ou país durante muitos anos (por exemplo, dez anos ou mais). Assim, o contato de alguns séculos entre o microorganismo e as populações asiáticas, ainda que responsável por altíssimos índices de mortalidade – que perduram até os nossos dias, sobretudo na Índia –, configura uma situação *endêmica*, pois esses índices têm sido estáveis durante um longo período”.<sup>49</sup>

No século XVIII, a doença se espalhou com virulência pelos países vizinhos à Índia e, como sabemos, no século XIX, ela se alastrou em ondas em direção ao oeste.<sup>50</sup> O cólera não era, portanto, em meados do século XIX, uma doença completamente desconhecida. Mesmo antes de se tornar o flagelo epidêmico do Ocidente, a moléstia já chamava a atenção dos europeus pela rapidez, virulência e grau de mortalidade do seu ataque. Os primeiros relatos sobre a moléstia, que chegaram até a Europa Ocidental, na época moderna, são contemporâneos exatamente ao princípio da intensificação dos contatos comerciais entre o Ocidente e o Oriente. A expedição de Vasco da Gama, entre fins do século XV e o início do século XVI, trouxe os primeiros relatos de testemunhos irrefutáveis sobre a doença. Mas não foi a única. Para se ter uma idéia, em 1872, quando

---

<sup>49</sup> CASTRO SANTOS, L.A. Um século de Cólera: Itinerário do Medo. In *Physis*, 1994; 4:1, p. 79.

<sup>50</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987 ; WERNER, A. et H. avec GOETSCHER, N. *Op cit*, 1999.

J. Mcpherson escreveu os seus *Annals of cholera from the earliest periods to the year 1817*, ele encontrou 65 observações da moléstia entre 1503 e 1817 em relatos de médicos militares e mercadores portugueses, holandeses, franceses e ingleses que estiveram em viagem ao Oriente.<sup>51</sup>

Para as ocorrências do cólera no Ocidente, a partir do século XIX, os historiadores estabeleceram, porém, uma cronologia baseada nos avanços sucessivos deste em direção ao Ocidente. É a partir desta cronologia que os estudos acerca do impacto e das respostas sociais à doença têm sido organizados. Nesse sentido, as invasões do cólera ao Ocidente foram divididas em sete grandes pandemias, sendo cinco delas ocorridas ao longo do século XIX. A primeira ocorreu entre 1817 e 1824 e, pela primeira vez na história, se possui relatos e documentos que permitem aos historiadores descrever com detalhes o avanço de uma epidemia da doença e seu itinerário de contágio. Por volta do mês de junho de 1817, o cólera, numa versão pestilenta, começou a se manifestar com uma rara intensidade em algumas aldeias em torno do Golfo de Bengala. Poucas semanas após os primeiros casos, a região já contabilizava cerca de 6000 mortos. A pandemia se deteve às portas da Europa, chegando até a Sibéria Oriental, mas deixou um rastro significativo de morte no Oriente, indo até o Japão, e à África, com números assustadores que circulavam entre 20 e 30% de mortos entre as populações dos lugares atacados.<sup>52</sup>

A segunda pandemia foi datada entre 1829 e 1837 e se seguiu tão próxima a primeira, que muitos a vêem apenas como uma recrudescência da anterior. O fato é que esta se espalhou com uma notável rapidez e, no curso de dois anos, seguiu muito além da pandemia precedente. Para Bourdelais e Raulot, em seu livro sobre o cólera na França, esta epidemia é a que realmente atinge a segurança dos europeus quanto a imagem que tinham de sua própria civilização. Em dois anos, a doença, tida como própria de países “não civilizados” ou “atrasados” como a Índia, saiu do Golfo de Bengala e atingiu o Tâmis, no coração da urbanizada e “sanitária” Europa<sup>53</sup>. Foi a primeira grande pandemia verdadeiramente mundial, onde nenhum continente foi poupado. No caso da América do Sul, a moléstia chegou até as Guianas.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> MCPHERSON, J. (1872) *Apud* BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit.*, 1987, p.10.

<sup>52</sup> *Idem*, p. 13.

<sup>53</sup> *Idem*, p. 17.

<sup>54</sup> DAVID, O. R. *Op cit.*, 1996, p. 36.

A terceira pandemia foi identificada entre 1840 e 1860, contudo, os historiadores a dividiram em duas grandes vagas. A primeira indo até 1850 e a segunda tomando curso daí em diante. Esta foi, sem dúvida, a mais mortífera das pandemias de cólera do século XIX. A primeira vaga foi arrasadora na Europa e na América do Norte, enquanto que a segunda vaga trouxe a moléstia de forma abrangente e definitiva até a América do Sul. Nenhuma barreira mais pode segurar o cólera de ser uma doença universal. Os anos de 1854-55 e 56 foram os que contabilizaram a maior mortalidade, na maioria dos países do Ocidente, em razão do mal colérico.

A quarta (1863-1877) e a quinta (1881-1896) pandemias tiveram a mesma abrangência em termos geográficos, mas não foram tão mortíferas quanto a terceira. A sexta pandemia foi identificada na virada para o século XX entre 1899 e 1923. E a sétima praticamente cobriu todo o século XX. Esta teve apenas uma ou outra erupção mais pestilenta, embora tenha se tornando endêmica em alguns lugares fora da Índia – como o norte da África, por exemplo. É a ela que os historiadores e epidemiologistas identificam como tendo iniciado em 1936 e que seguiria até os nossos dias.<sup>55</sup> Hoje, são conhecidos os agentes patogênicos responsáveis pelas 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> pandemias, porém, ainda ignoramos quais foram os responsáveis pelas pandemias anteriores e também pouco sabemos sobre as epidemias desta doença que tenham ocorrido em épocas mais antigas que o século XIX.<sup>56</sup> Contudo, a partir do isolamento do agente patogênico do cólera por Robert Koch, em 1884, os países que se dedicaram ao desenvolvimento de condições de vida higiênicas e sanitizadas para a sua população puderam, aos poucos, escapar dos ataques mortíferos da moléstia.

O quadro abaixo sistematiza as vagas epidêmicas do cólera em direção ao Ocidente, de acordo com o que vem sendo aceito entre historiadores e epidemiologistas.

---

<sup>55</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p. 28s. ; WERNER, A. et H. avec GOETSCHER, N. *Op cit*, 1999, p. 66.

<sup>56</sup> HANEN, W. et FRENEY, J. *Des bactéries et des hommes. Histoire des grandes maladies infectieuses et de leur diagnostic*. Paris : Editions Privat, 2002, p. 29.

## Quadro 1

Quadro Sinótico das Sete Pandemias de Cólera-morbus		
1ª pandemia	1817 - 1824	Ásia, Oriente Médio, Madagascar
2ª pandemia	1829 - 1837	Ásia, Austrália, Oriente Próximo, Europa, América do Norte e Central, África
3ª pandemia, 1ª vaga	1840 - 1850	Ásia, Oriente Médio, Europa, América do Norte e do Sul, África
3ª pandemia, 2ª vaga	1849 - 1860	Ásia, Oriente Médio, Rússia, Europa, América do Norte e do Sul, África
4ª pandemia	1863 - 1857	Ásia, Oriente Médio, Rússia, Europa, América do Norte e do Sul, África
5ª pandemia	1881 - 1896	Ásia, Oriente Médio, Rússia, Europa, América do Norte e do Sul, África
6ª pandemia	1899 - 1923	Ásia, Oriente Médio, Rússia, sul da Itália, Europa Central, África
7ª pandemia	(1936) 1991 aos nossos dias	1961 : Ilhas Célebés e Molucas, aparece um novo vibrião, o “El Tor”, que ataca: Ásia, Índia, Oriente Próximo, África e sobretudo a América do Sul. Uma nova ramificação da doença, nomeada de “O <sub>139</sub> ” foi identificada em 1992.

Fontes: BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Une Peur Bleue, Histoire du Choléra en France, 1832-1854*, Payot, Paris 1987, p.s 9 a 52 e WERNER, A. et H, avec GOETSSCHEL, N. *Les Epidémies, un sursis permanent*, Atlande, Paris, 1999, p.66.

Mas a pergunta que resta é: por que, depois de milênios de existência em uma determinada área do globo, o cólera partiu e se espalhou de forma tão avassaladora para o resto do mundo? Bourdelais e Raulot acreditam ser interessante se lançar um olhar sobre os *vetores*, isto é, sobre as hostes que propagaram a doença, a partir do início do século XIX, e, através das quais, podemos seguir os itinerários tomados pelo contágio. É claro que não se podem ser excluídas possibilidades de ordem *natural* (ligadas a modificações na natureza) como uma mutação no vibrião ou mudanças climáticas. Contudo, os autores atribuem um papel fundamental, para o alastramento da doença, à presença militar e à acentuada penetração comercial inglesa na Índia e na Ásia. Em outras palavras, o cólera é a epidemia símbolo de um mundo cada vez mais globalizado e comunicativo, onde as vias de comércio se tornavam cada vez mais intensas e longínquas e os braços do nascente imperialismo europeu, significado por suas tropas, ocupavam cada vez mais espaços. Trata-se de uma nova fase do que Le Roi Ladurie chamou de *unificação microbiana do mundo*, uma etapa agora, verdadeiramente, global.<sup>57</sup>

<sup>57</sup> LE ROY LADURIE, E. *Op cit*, 1978, p. 37 a 39.

Além disso, o cólera consagrou-se também como a doença da densidade, visto que seus maiores estragos se deram, em geral, nas cidades grandes e populosas, onde os habitantes aglomeravam-se em casas pequenas, construídas sem planejamento em ruas insalubres sem escoamento dos esgotos ou abastecimento de água limpa. A aglomeração ainda engendrava outros males para a saúde, de acordo com a percepção da época. A promiscuidade produzida pelo excesso de corpos humanos ocupando o mesmo espaço, associada à indigência e à ignorância, especialmente entre as classes trabalhadoras, era um passo a mais em direção à doença. Além disso, a urbanização desregrada era também vista como uma corruptora moral e, nesse sentido, ela era considerada igualmente uma degradadora dos corpos, já que moralidade e doença andavam de mãos dadas para os analistas sócio-médicos da época.<sup>58</sup>

Quando da eclosão das duas primeiras pandemias, A. Moreau de Jonnès, membro da Academia de Ciências Francesa mesmo sem ser médico de formação, apontou, com uma rara clarividência para a época, o que ele considerava serem os vetores mais ativos do cólera. Ele acreditava que os deslocamentos humanos, os contatos e trocas explicavam a marcha da epidemia, idéia que vem de encontro aos mais recentes trabalhos epidemiológicos nessa área.<sup>59</sup> De fato, os estudos dos deslocamentos da doença parece confirmar a idéia de que a melhor rede de propagação dos vibriões coléricos foi a das relações comerciais e das vias de comunicação interpostas por elas, em função de seu caráter denso e regular. Além disso, barcos de todo o tipo permitiam ao mal passar sem barreiras de um rio a outro. Têm-se assim, como principais grupos propagadores: as tropas, os marinheiros, os comerciantes e os peregrinos. Por outro lado, não se pode esquecer que, neste determinado momento da história humana, o progresso e as melhorias tecnológicas dos meios de transporte – maiores (com condições de transportar mais pessoas), mais rápidos e mais frequentes – também tiveram um papel decisivo.

Quando o cólera finalmente chegou à Europa, entre 1830 e 1831, boa parte do medo causado por ele cresceu em oposição ao relativo otimismo que reinou em fins do século XVIII e início do século XIX a respeito das moléstias pestilenciais.

“As grandes mortalidades se tornaram mais raras”, acreditava poder afirmar em 1823 o estatístico que no segundo tomo de as ‘Recherches statistiques sur la ville de

---

<sup>58</sup> PORTER, R. Diseases of Civilization, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. (ed.s). *Companion Enciclopédia of the history of Medicine*. Vol. 1. London and New York: Routledge, 2002, p.588.

<sup>59</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p. 47.

Paris et le département de la Seine' comparava a mortalidade das épocas antigas àquela do século XIX e via na desapareição destas mortalidades excepcionais a principal diferença".<sup>60</sup>

De fato, o que se aponta como o fim das grandes mortalidades ocorreu em fins do século XVIII e passou tanto pelo controle da varíola – através da inoculação e depois da vacina jenneriana – como pelos processos de imunização e sanitização das tropas dos exércitos.<sup>61</sup> Contudo, o otimismo não impediu que as autoridades começassem a se alarmar com as notícias que vinham do Oriente e da Europa Oriental. Os países da porção Ocidental do continente europeu começaram a montar cordões sanitários, tentando, de todas as formas, construir barreiras que pudessem impedir a chegada do cólera e buscando repetir as experiências de isolamento que haviam dado resultado, no século XVIII, contra a peste bubônica.<sup>62</sup>

Em 1831, as notícias do avanço do cólera na Europa Oriental, já tendo invadido a Rússia, a Polônia e chegado às portas da Alemanha, fizeram com que os governos de Inglaterra e França começassem a por em vigor medidas que pretendiam oferecer barreiras sanitárias à doença. No caso do governo francês, este começou a fazer vigorar leis de polícia sanitária que, existentes há quase uma década (mas inativas), tinham como objetivo impedir a entrada de doenças pestilenciais no país. Assim, foi decretado o início da vigência de uma série de medidas para regulamentar as comunicações com o estrangeiro. Estas comunicações, daí em diante, somente seriam autorizadas nos casos em que não houvesse perigo para a saúde pública. Pessoas e bens somente teriam sua entrada permitida após atestarem estar em boas condições sanitárias. É claro que uma boa parte destas disposições era aplicada apenas tendo em vista a proveniência do quê e de quem estava ingressando no país. No caso das entradas por via terrestre, na medida em que a maior parte dos países limítrofes da França era considerada habitualmente sã, o regime sanitário somente seria estabelecido em caso de necessidade. Se, por acaso, o estado sanitário de algum país vizinho fosse julgado suspeito, os viajantes deveriam passar a apresentar boletins de saúde e cartas de viagem que certificassem o estado sanitário de seus lugares de origem. Em relação aos transportes marítimos, o controle, porém, foi bem mais duro, afinal, fora via os portos do sul que a última grande epidemia de peste bubônica adentrara na França e arrasara Marselha em 1720.<sup>63</sup> Essa preocupação

---

<sup>60</sup> CHEVALIER, L. 1961. *Op cit*, p. 3 (Versão minha).

<sup>61</sup> CASTRO SANTOS, L.A. *Op cit*, 1994, p. 81.

<sup>62</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p. 49.

<sup>63</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p.53,4.

com os portos vai se repetir com força na América. Em 1832, no Canadá e nos EUA<sup>64</sup> e em 1855, também na América do Sul – como no Brasil, por exemplo.

No início de 1832, após a queda das barreiras sanitárias da Inglaterra e da Alemanha pela entrada da epidemia, o regime francês se tornou ainda mais rigoroso e os infratores estavam sujeitos, inclusive, à pena de morte. O fato é que o fracasso das medidas de isolamento, tomadas por estes países, acabou por convencer a maior parte da comunidade médica européia de que o cólera não era contagioso, mas uma doença originada por emanções deletérias vindas da matéria em decomposição e do próprio corpo dos doentes e que corrompiam o ar com miasmas pestíferos. Essa, entretanto, não era a opinião geral. Apesar da constante tensão entre os adeptos do contagionismo e do anti-contagionismo nas classes educadas, a grande maioria da população em geral convenceu-se rapidamente de que o cólera era, sim, uma moléstia contagiosa.

O problema é que, no início da epidemia, houve os não acreditaram que o cólera fosse uma doença real. Esse foi o caso, por exemplo, das classes trabalhadoras inglesas que se recusaram a acreditar na chegada da doença mesmo depois de diversos registros de contágio e morte.<sup>65</sup> Um dos elementos mais conhecidos da trajetória do cólera na Europa, em especial, na epidemia de 1832, foi o fato de que parte das classes populares acreditou que a epidemia era um embuste. Houve os que acharam que se tratava de uma trama urdida por médicos, farmacêuticos, negociantes e autoridades governamentais para usar do dinheiro público de forma indevida sob a desculpa de barrar uma moléstia inexistente. De acordo com J.R. Morris, em seu estudo sobre as respostas sociais à epidemia de cólera de 1832 na Inglaterra, setores da classe operária inglesa partilhavam um sentimento de estarem sendo enganados pelo governo, pelos profissionais liberais e pelos comerciantes. Para eles, este era um amplo esquema para criar empregos para as classes altas e dotá-las de novos poderes de tributação sobre os pobres.<sup>66</sup>

Esse fenômeno, porém, não foi restrito à Inglaterra e a ação muitas vezes seletiva do cólera – atacando com mais rigor às classes desprivilegiadas – contribuiu fortemente para isso. Richard Evans narra um episódio semelhante entre as camadas populares da Rússia, as quais não acreditavam na existência de uma enfermidade como

---

<sup>64</sup> ROSENBERG, C. E. *The Cholera Years*. The United States in 1832, 1849 and 1866. Chicago and London : The University of Chicago Press, (1ª ed. 1962) 1987, p. 13.

<sup>65</sup> MORRIS, R. J. 1976. *Cholera 1832: The Social response to na epidemic*. London: Croom Helm, p. 96; EVANS, R. 1988. Epidemics and Revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. *Past and Present*. 120, Aug., p. 111.

<sup>66</sup> MORRIS, R. J. *Op cit*, 1976, p. 97.

o cólera.<sup>67</sup> Começaram a aparecer, aí, sugestões de que o cólera seria na verdade o resultado de um veneno administrado pelos médicos à mando das classes ricas para diminuir o número de pobres. O mesmo boato se espalhou pela Hungria, França, Prússia e Grã-Bretanha, o que resultou em agressões a médicos e até mesmo em mortes, como o caso de vários doutores que foram chacinados por camponeses, nos arredores de Moscou, em 1831.<sup>68</sup> Outra acusação que pesou sobre os médicos foi a de matar os doentes a fim de obterem cadáveres frescos para as aulas de anatomia.

“Por volta do século XIX, anatomia e dissecação haviam se tornado uma parte reconhecida de um bom curso de medicina. A única origem legal de “cobaias” era a execução de criminosos. O resto era fornecido por saques a covas recentes, feitos por elementos do meio criminoso que depois os vendiam às escolas de medicina. Esta era uma ameaça frontal ao direito de um enterro decente para a classe trabalhadora. Quaisquer que fossem as indignidades dos trabalhadores pobres sofressem em vida, a que eles mais temiam era um enterro indigente”.<sup>69</sup>

Outras revoltas, originadas pelo mesmo sentimento de pavor em relação aos anatomistas, foram registradas nas cidades de Manchester, na Inglaterra, e Aberdeen, na Escócia.<sup>70</sup> Morris, por exemplo, associa este sentimento diretamente com o que ele chama de uma sofisticação e uma radicalização das formas de compreender o mundo por parte da classe operária inglesa. Por outro lado, o medo das dissecações não parecer ter sido um tipo de pavor restrito às classes populares, já que, em 1819, este foi o tema de um dos mais bem sucedidos romances de terror da história: *Frankenstein*, da inglesa Mary Shelley, o que significa que tal idéia também circulava de forma mórbida e incômoda entre as classes letradas, não sendo apenas uma perturbação própria de grupos mais “ignorantes”.

No caso dos EUA, o cólera de 1832 foi precedido de mais certezas do que medos, mas também a população se recusava a acreditar na entrada da doença no país. Para boa parte dos norte-americanos somente as cidades super povoadas do Velho Mundo estavam sob o risco de serem invadidas pela moléstia. Os EUA, ao contrário, tinham uma enorme quantidade de comunidades rurais que estavam certas de que sua atmosfera pura, suas ruas sem aglomeração e seu isolamento as manteriam afastadas do avanço da enfermidade. Essa crença, porém, não se estendia a uma única cidade americana: Nova York.

---

<sup>67</sup> EVANS, R. *Op cit*, 1988, p. 137.

<sup>68</sup> MORRIS, R. J. *Op cit*, 1976, p. 101.

<sup>69</sup> Idem, *ibidem*.

<sup>70</sup> BURRELL, S. and GILL, G. The Liverpool Cholera Epidemia of 1832 an Anatomical Dissection – Mistrust and Civil Unrest. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2005, 60(4) : 478-488.

“Mesmo assim, poucos piedosos Americanos ousariam negar que sua nação, apesar dos grandes favores concedidos por Deus, ainda abrigava de pecados e vícios numa quantidade suficientemente grande para provocar o julgamento divino. Nova York parecia especialmente vulnerável, a maior e mais suja, a mais populosa e desfigurada pelo vício das cidades Americanas”.<sup>71</sup>

Além disso, as experiências de Nova York com outras doenças epidêmicas, como a febre amarela, aumentava sua fama ruim e a tornavam a cidade-alvo preferencial das tentativas de prevenção do governo norte-americano e da administração da própria cidade. Pelo menos, em tese, já que o trabalho da Junta de Saúde da cidade foi considerado tardio e ineficiente mesmo antes da chegada da epidemia.

Na Europa, por outro lado, se parte das classes populares não acreditava na chegada do cólera ou na sua existência, o mesmo não se dava com a classe médica. Atentos a movimentação do cólera desde a Ásia, os médicos europeus começaram a divulgar testemunhos e relatórios que permitissem a identificação do mal o mais rapidamente possível. Em 1831, a *Gazette Médicale*, na França, escreveu que: “(...) o estudo do cólera-morbus não é mais um caso de pura especulação... esta assustadora doença que nós acreditávamos confinada para sempre na Ásia, tomou o caminho da Europa Setentrional e agora bate nas portas da Europa Ocidental”.<sup>72</sup>

No outono de 1831, uma Comissão Médica enviada pela Academia Francesa de Medicina para observar o avanço do cólera na Polônia forneceu um relato do que caracterizaram como três fases ou três formas de ataque da moléstia. A primeira forma seria aquela que foi observada nas casas das pessoas abastadas, como os oficiais da Armada, por exemplo, e consistia em um desarranjo momentâneo das funções digestivas, caracterizada por vômitos, diarréias e enfraquecimento concomitante, desaparecendo rapidamente os sintomas com repouso e tratamento convenientes. A segunda maneira, chamada de “cólera verdadeiro”, foi a observada entre a maioria dos doentes poloneses. Era caracterizada pela aparição súbita de câimbras, vômitos e dejeções alvinas, bem como a queda rápida das forças e uma diminuição sensível do calor do corpo e da pulsação. A terceira maneira, ou terceiro estágio, era a do cólera intenso o qual, quase sempre, era seguido de morte.<sup>73</sup>

Essa divisão não foi aceita por todos os médicos, nem em França, nem fora dela, porém, percebe-se uma certa unanimidade em descrever a doença como agindo em

---

<sup>71</sup> ROSENBERG, C. E. *Op cit.*, 1987, p.16 (Versão minha).

<sup>72</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p. 59 (Versão minha).

<sup>73</sup> Idem, p.61.

graus ou etapas e que cada uma delas poderia exigir tratamentos diferentes. É nesse ponto que alguns médicos irão chamar atenção para o que denominaram de *colerina*. A *colerina* seria uma forma inicial do cólera, ou um princípio atenuado de sintomas que poderia ou não se desenvolver no mal asiático. Para os observadores franceses, durante a epidemia de 1832, o cólera, ao contrário de outras epidemias, exercia a sua influência numa proporção importante da população que, mesmo não ficando doente, apresentava sintomas muito semelhantes ao da moléstia verdadeira. O ponto fundamental que estes médicos queriam provar era de que o cólera poderia iniciar-se por um ataque de *colerina* e que sobre esta forma precedente da doença a ação médica poderia se dar de forma mais eficaz.<sup>74</sup>

Não foi, contudo, somente na Europa e na América do Norte que o cólera de 1832 desafiou médicos e cientistas a tentarem compreendê-lo. Antonio Corrêa de Lacerda, médico português que viveu no Brasil entre 1818 e 1852 e que presenciou a chegada do cólera à França, foi um destes médicos que se arriscou a tentar interpretações que permitissem ao ocidente resistir à epidemia. Lacerda, no entanto, não se empenhou em descrever as fases ou etapas do cólera, mas em tentar provar que este tinha um aspecto definitivamente epidêmico, ou seja, sua ocorrência estava ligada ao ambiente.

É preciso esclarecer, porém, que o significado dado à palavra *epidemia* no século XIX não é exatamente o mesmo que pelo qual hoje a palavra é reconhecida. Conforme explica Rosenberg, o mundo moderno utiliza a palavra epidemia em diversos sentidos e a maioria deles tem uma conotação metafórica. Para o autor o uso do termo tem em geral uma intenção bastante clara que é a de associar “um fenômeno social indesejável, mas brandamente tolerado com a urgência emocional associada a uma ‘real’ epidemia”.<sup>75</sup> Por outro lado, o uso da palavra *epidemia* define sempre um evento e não uma tendência. Em termos médicos modernos, uma *epidemia* se opõe a uma *endemia*, isto é, trata-se de uma moléstia que atinge um número elevado de vítimas em um curto espaço de tempo e que tem a tendência a desaparecer em seguida, enquanto as moléstias *endêmicas* atingiriam uma quantidade mais ou menos constante de pessoas por um longo espaço de tempo e estariam ligadas ao ambiente.

---

<sup>74</sup> Idem, p.62

<sup>75</sup> ROSENBERG, C. E. *Op cit.*, p.278 (Versão minha).

No século XIX, porém, *epidemia* tinha tanto o sentido de hipocrático de uma moléstia vinda de fora da região atingida – fato que se ligava especialmente à compreensão da peste – quanto o sentido de doença ligada às alterações do ambiente. Nesse segundo sentido, a idéia de doença epidêmica ou infecciosa opunha-se a idéia de doença contagiosa, pois a primeira era atribuída aos miasmas e emanações deletérias, enquanto a segunda era, esta sim, carregada por portadores e poderia ser transmitida de pessoa para pessoa. Era a esse tipo de caráter epidêmico que o médico Corrêa se referia em seu trabalho sobre o cólera. N. Sanjad fez um estudo de seu manuscrito intitulado *Cholera-morbus* e apontou nele alguns elementos interessantes sobre seu entendimento da doença, já que ele esposava, ao mesmo tempo, concepções comuns à época – tanto no Brasil como no resto do mundo – e outras claramente originais.

“Embora escrito na França e direcionado para uma seleta platéia, os membros da Sociedade de Medicina de Marselha, o trabalho de Lacerda comunga algumas das características presentes nos debates médicos verificados no Brasil na primeira metade do século XIX. Dentre elas podemos destacar o viés higienista, isto é, a preocupação com a interferência das condições climáticas sobre a saúde humana em associação com questões sociais como alimentação, condições de trabalho e salubridade urbana. Sua originalidade consiste na aplicação de princípios e métodos da medicina ambiental a uma doença pouco conhecida de brasileiros e europeus, a cólera, simultaneamente aos primeiros registros do mal no Ocidente, fazendo desse manuscrito peça importante nos debates mais amplos sobre a etiologia do mal e sobre a distribuição geográfica da epidemia”.<sup>76</sup>

Outro ponto original da tese era a sua afirmação de que o cólera podia ter chegado à França vindo da Índia, mas que a doença não era nova na Europa. Lacerda garantia que o mesmo mal já havia se apresentado de forma esporádica em Portugal desde o início do século XIX, “*embora a manifestação da doença ali não tivesse sido seguida de morte nem acompanhada dos ‘mais pavorosos sintomas’*”.<sup>77</sup> Além disso, ele afirmava que mesmo no Brasil, no Grão-Pará, ele havia encontrado e curado doentes enfraquecidos pela doença. Todavia, como réplica às possíveis causas do mal, o cientista português dava as mesmas respostas que deram grande parte de seus contemporâneos, ou seja, as causas da doença deviam ser buscadas no próprio enfermo, nos seus hábitos e no seu ambiente – a atmosfera úmida, as mudanças bruscas de temperatura, as “paixões deprimentes”, os desregramentos, a má alimentação e o

---

<sup>76</sup> SANJAD, N. 2004. Cólera e medicina ambiental no manuscrito ‘Cholera-morbus’ (1832), de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). *Manguinhos – História, Ciência, Saúde*. Vol. 11, n. 3 (587-618), RJ, set./dez., p. 589.

<sup>77</sup> *Idem*, p. 600.

excesso de trabalho. Sendo que o mais importante destes elementos era a atmosfera, a qual influenciava mesmo nas doenças coletivas que se davam pelo contágio.

Os estudos sobre a experiência do cólera de 1832 entraram em consonância também um outro ramo dos estudos epidemiológicos que vinha se desenvolvendo desde a segunda metade do século XVIII: a topografia médica.<sup>78</sup> Foi com base em estudos deste gênero que o médico inglês John Snow começou a dar forma a uma teoria sobre a transmissão do cólera que, até o fim do século XIX, conseguiria – acima dos conceitos contagionistas e anti-contagionistas – dar sustentação ainda mais forte às idéias higienistas. Snow realizou um trabalho de análise a partir de diferentes fontes de informação procurando compreender como a doença se espalhava e quais os sintomas apresentados pelos doentes. Suas conclusões se assemelharam as de Moreau de Jonnés:

“Ele (o cólera) move-se ao longo das grandes trilhas de convivência humana, nunca mais rápido que o caminhar do povo, e, via de regra, mais lentamente. Ao se propagar a uma ilha ou continente ainda não atingidos, surge primeiramente num porto marítimo. Jamais ataca as tripulações de navios que vão de um país livre de cólera para outro onde ela está se desenvolvendo, até que eles tenham entrado num porto, ou que tenham tido contato com o seu litoral. O seu avanço preciso de cidade para cidade nem sempre pode ser seguido; contudo, o cólera jamais apareceu, exceto onde havido abundantes oportunidades para que fosse transmitido pelo convívio humano”.<sup>79</sup>

A primeira publicação do ensaio de John Snow – *Sobre a maneira de transmissão do cólera* – foi em 1849, sua recepção, porém, não teve mais acolhimento do que a de outras teorias da época. Além disso, Snow somente pode testar muitas de suas idéias quando da ocorrência da segunda epidemia de cólera em Londres, em 1854. O autor utilizou-se largamente do expediente de mapear as zonas de ocorrência da doença, casa a casa, e, com isso, pode inferir que a doença podia ser vinculada ao abastecimento de água. A partir daí, o médico percebeu que o lugar de recolhimento da água era fundamental para determinar a ocorrência da doença, contudo, embora se tenha aceito que a água impura aumentava o risco do cólera, a explicação de Snow não foi completamente aceita e a teoria miasmática continuou com força total.<sup>80</sup>

Entre 1832 e 1854, os estudos sobre a doença continuaram e passaram das descrições da tipologia do curso da doença para a utilização da observação dos sintomas

---

<sup>78</sup> ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp, Hucitec, Abrasco, 1994, p.144; HANNAWAY, C. Environment and Miasma, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. (ed.s). *Op cit.*, 2002, p. 300.

<sup>79</sup> SNOW, J. (1813-1858) *Sobre a maneira da Transmissão do Cólera*. (2ª ed.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, p.14.

<sup>80</sup> Idem, p.33.

reconhecidos como forma de prever a evolução global da epidemia. Ou seja, seu desenvolvimento, gravidade e, sobretudo, seu declínio. Um outro domínio que recebeu maior atenção dos doutores em 1854 que em 1832, ao menos na França, foi o que se dedicou a estudar a interação entre o cólera e outras doenças infecciosas que podiam emprestar sintomas específicos à manifestação da moléstia. Por outro lado, nenhuma doença parecia oferecer qualquer tipo de imunidade particular ao ataque do cólera.<sup>81</sup>

As discussões acerca da contagiosidade do cólera iniciaram-se já antes de 1831 e da chegada da epidemia à Europa Ocidental. De fato, os embates entre os partidários do contagionismo e os que defendiam um avanço infeccioso da doença acabaram sendo a tônica das tentativas de se evitar novos surtos da moléstia, bem como influenciaram diretamente os tipos de terapias propostas contra o mal. Retornando às noções de epidemia no século XIX, é preciso lembrar que esta não se confundia exatamente com a noção de doença contagiosa. Para a medicina da época, uma doença epidêmica tinha seus fundamentos no ambiente, isto é, nos miasmas e emanações deletérias provindas da decomposição da matéria orgânica, fato que poderia ser combinado com a *predisposição epidêmica* de uma dada região.<sup>82</sup> A estação do ano e a presença de quaisquer tipos de desequilíbrio natural – como secas ou chuvas abundantes – poderiam contribuir para a *predisposição epidêmica*. Isso, como foi exposto acima, não se confundia com as doenças contagiosas, estas sim, consideradas transmissíveis de pessoa a pessoa.

Tais idéias tinham origem, em parte, no neo-hipocratismo do século XVIII, para o qual a doença era um desequilíbrio entre os humores corporais e o ambiente. De acordo com esta teoria, os elementos não-naturais — como o ar, alimentos, bebidas, lugares, hábitos e paixões — eram os maiores causadores de doenças. E o ar, quando corrompido por miasmas, era, entre todos, o principal agente de infecção. O ar envenenado seria o responsável pelo fato de uma doença atingir várias pessoas ao mesmo tempo, fazendo eclodir epidemias.<sup>83</sup>

Na França, um dos defensores da idéia de que o cólera era uma doença contagiosa e não epidêmica, A. Moreau de Jonnés, listou as características que influenciavam uma moléstia de tipo epidêmico e que, na sua opinião, não

---

<sup>81</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p. 64.

<sup>82</sup> DELAPORTE, F. *Op cit*, 1986, ver, em especial, o capítulo 7.

<sup>83</sup> HANNAWAY, C. *Op cit.*, 2001, pp. 292-308; CORBIN, A. *Saberes e Odores*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987; CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária, 2006.

correspondiam às características do cólera. O caráter epidêmico de uma moléstia residia nos:

“(...) efeitos de uma alta temperatura, no aumento ou diminuição da eletricidade atmosférica, no excesso de umidade do ar, nas emanações dos bosques ou dos pântanos, nas casas e vilas mal limpas, na acumulação de homens, na natureza dos seus alimentos, ou enfim, na disposição fisiológica das raças humanas”.<sup>84</sup>

Com base nisso e após examinar as manifestações do cólera na Índia e no Oriente Médio, Moreau de Jonnès concluiu que o cólera, apesar de mostrar uma preferência em se propagar nas épocas quentes, sofria uma fraca influência das condições climáticas e atmosféricas, dos elementos locais, do regime alimentar ou da raça dos homens sobre a propagação da moléstia. Para ele, o cólera não seguia as leis das epidemias, já que suas causas não residiam no ambiente. O cólera seria uma destas doenças causadas por um “germe” desconhecido que teria o poder de se desenvolver e reproduzir podendo ser transmitido de uma pessoa doente para uma sã. Entre 1830 e 1831, essa tese dominou tanto a *Academia de Ciências* quanto a *Academia de Medicina de Paris*. Porém, a tese inversa começou a ser exprimida a partir da observação da epidemia de cólera em Moscou, e o cólera passou a ser considerado como uma doença que não poderia nem ser importada nem comunicada.<sup>85</sup>

O autor das observações em Moscou, o Dr. Jachnichen, relatou em sua memória enviada para a *Sociedade Francesa de Medicina* que o ataque do cólera à cidade foi precedido de uma acentuada tendência, por parte dos habitantes, a manifestarem diarréias e vômitos com uma frequência paulatinamente maior. Tal fato configurava, na opinião do médico russo, a prova de que o cólera se ligava mais a uma *constituição epidêmica* que ao contágio.

A teoria da *constituição epidêmica* fora formulada por Sydenham (1624-89) e tinha como principal ponto de estruturação a concepção de trocas dinâmicas entre o corpo e o meio em que este estava inserido. Para Sydenham, as epidemias decorriam de alterações nas características do ar e isto acabava predispondo àqueles que o respiravam ao adoecimento. A constituição epidêmica se configurava como uma ocorrência particular capaz de influenciar o corpo humano causando desordens nos humores corporais e levando os mesmo a adoecerem. Como a *constituição epidêmica* envolvia vários corpos ao mesmo tempo, ela podia predispor um número maior de pessoas a

---

<sup>84</sup> Apud BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p.66.

<sup>85</sup> Idem, p. 67

adoecerem ao mesmo tempo. De acordo com Sydenham, determinadas épocas do ano eram mais favoráveis à ocorrência de epidemias, contudo, uma:

“determinada epidemia específica resultava da interação entre as qualidades físicas da atmosfera (sazonais) e as das influências ocultas provenientes ‘dos intestinos da terra’, que atuavam especificamente naquele período. Cada nova epidemia constituía, portanto, uma entidade particular”.<sup>86</sup>

Com base nesse conceito, Jachnichen observou que além das ocorrências entre os humanos foram constadas as mortes de animais de diferentes espécies na região. Todos apresentando sintomas semelhantes aos que eram característicos à epidemia de cólera, o que o fez concluir que a moléstia não fora importada, mas desenvolveu-se espontaneamente. Os médicos franceses acabaram ficando inclinados a concordarem com a teoria do doutor russo após observarem que o cólera, aparentemente, não se comunicava dos doentes para as pessoas sãs e que, por outro lado, ele parecia, quase sempre furar as operações de quarentena. Além disso, Jachnichen notou que a marcha geográfica do cólera seguia quase sempre o curso dos rios e se utilizou desse fato para deduzir que isso ocorria em razão dos miasmas terem uma afinidade particular com o vapor d’água.<sup>87</sup> Para Bourdelais e Raulot, as idéias de Jachnichen foram aceitas, em muito, por estarem de acordo com as necessidades dos governos europeus. Por um lado não interrompiam dos contatos comerciais com a decretação de quarentenas que, de acordo com estas idéias, de nada adiantariam. E, ao mesmo tempo, esta concepção em nada impedia o seqüestro e o isolamento dos doentes, pois não sendo confinados, eles mesmos seriam fontes de miasmas. Logo, o isolamento dos doentes continuava sendo considerado a melhor forma de tratamento em qualquer tipo de epidemia.

Dessa maneira, não se pode separar a tese da não-contagiosidade do cólera dos interesses políticos, comerciais e econômicos da época, os quais chegaram mesmo a calar muitos médicos, tanto em França quanto na Inglaterra, que eram claramente adeptos da teoria de que o cólera era, sim, uma doença contagiosa. Por outro lado, no afã de provar a idéia de que o cólera não era transmissível pelo contato com os doentes, muitos médicos – como o próprio Jachnichen – se fizeram inocular com o sangue de coléricos ou ingeriram materiais por estes rejeitados. A diversidade dos resultados destes procedimentos, no entanto, não pareceu ser suficiente para corroborar ou rejeitar definitivamente qualquer uma das teorias. Por outro lado, o avanço da doença tornou

---

<sup>86</sup> CZERESNIA, D. Do Contágio à Transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Vol. IV (1): 75-94, mar./jun., 1997, p.82-3

<sup>87</sup> BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987, p.68.

cada vez mais difícil manter a explicação da doença com base em uma única teoria. Assim, como concluem Bourdelais e Raulot:

“Em uma situação interior pouco segura, a substituição da opinião contagionista do Conselho Superior de Saúde pela ‘teoria de Jachnichen’ foi então percebida como indispensável à coesão social, senão política. Por este exemplo de inversão teórica repentina, o historiador lembra que as teorias científicas, mesmo as epidemiológicas, não são elaboradas independentemente das situações econômicas, das condições sociais e dos contextos políticos”.<sup>88</sup>

## 1.2. O cólera no Brasil

A segunda onda da terceira pandemia de cólera chegou ao Brasil em 1855. Veio a bordo da galera *Deffensor*, que aportou na cidade de Belém do Pará com uma carga de colonos portugueses. Estes vinham da cidade do Porto, a qual, a esta altura, já estava tomada pela doença. Durante praticamente um ano o cólera assolou o país. Desceu pelo litoral infectando o nordeste, a corte e chegando até o extremo sul do império antes que o ano de 1855 terminasse.<sup>89</sup>

Portugal tentara estabelecer o mesmo tipo de barreiras sanitárias que o restante da Europa, e, da mesma forma, estas falharam. O rei chegou mesmo a instituir *cartas de saúde* para os barcos que cruzavam os rios do país, mas as ordens não puderam ser e nem foram obedecidas. Por outro lado, também houve aí resistência em se admitir a existência da epidemia, especialmente por parte do governo. Os casos eram comunicados sob o selo de confidencial e a justificativa para não tornar público o aparecimento da doença era a de evitar o pânico, mas principalmente não prejudicar os interesses comerciais do país.<sup>90</sup>

No Brasil, quando da chegada da galera *Deffensor*, o secretário da Provedoria de Saúde do porto de Belém, em virtude da mortalidade a bordo, declarou-a *impedida*. Porém, após análise feita pelo próprio Provedor, o mal não foi considerado epidêmico (aqui, no sentido de contagioso) e este ordenou a *livre prática* da galera. Uma série de mal entendidos entre a Comissão de Higiene Pública, a Provedoria de Saúde e o cirurgião de bordo resultou no alastramento da doença enquanto aqueles discutiam qual a natureza do mal. Em maio, dois soldados do 11º Batalhão de Caçadores de Linha caíram enfermos e somente aí, constatadas as semelhanças entre os sintomas com os

---

<sup>88</sup> Idem, p. 75 (Versão minha).

<sup>89</sup> COOPER, D. B. The New "Black Death": Cholera in Brazil, 1855-1856. In *Social Science History*, Vol. 10, No. 4, The Biological Past of the Black (Winter, 1986), pp. 467-488; e, CASTRO SANTOS, L.A. *Op cit*, 1994; 4:1, p. 79.

<sup>90</sup> BELTRÃO, J.2004. *Op cit*, p.59, 60.

apresentados pelos passageiros de *Deffensor*, é que se admitiu que o Pará começava a ser assolado pelo cólera-mórbus. Isso, no entanto, não diminuiu as polêmicas em torno da moléstia, já que vários médicos discordavam ser a doença a mesma que grassava na Europa e na América do Norte. Havia os que alegavam ser um mal esporádico e outros que era colerina e não o cólera verdadeiro. Enquanto isso, porém, o pânico alastrava-se rápido entre a população, que observava apavorada, os horripilantes sintomas da doença.<sup>91</sup>

O fato é que, como em outros lugares em que o cólera chegou, as idéias eruditas acerca do mesmo pouco resolveram e, na medida em que o mal se disseminava, os médicos pareciam cada vez mais impotentes e a população era tomada pelo pânico. O cólera se configurou como um enigma em cada país em que chegou, nenhuma teoria científica ou tentativa prévia de barrar a ocorrência da doença mostrou ter eficiência o suficiente para solidificar algum tipo de saber acerca da moléstia. Embora as idéias higienistas já circulassem fortemente à época da chegada do cólera à Europa, estas olhavam o ambiente de uma forma ainda muito genérica e seus planos de ação ainda careciam de objetividade. Por outro lado, a incorporação das idéias que pretendiam tornar os ambientes, em especial os urbanos, mais salubres, encontravam uma série de obstáculos a sua concretização. Conforme aponta Castro Santos:

“Uma questão básica com que se defrontaram tais governos foi a falta de *instrumentos* de ação, não apenas de *métodos* de ação. Ou seja, não bastava que se preconizasse a remoção do lixo ou o isolamento dos enfermos. Persistia uma questão até então não resolvida: como colocar em prática tais medidas? Como estabelecer as normas e fiscalizar a execução?”<sup>92</sup>

Contudo, provavelmente, nem os médicos e nem as autoridades responsáveis poderiam ter agido de forma diferente no enfrentamento do cólera. Seria anacrônico interpretar suas ações tendo como base os conhecimentos posteriormente alcançados sobre a moléstia e sua ação e deixar de avaliar o que realmente estava no horizonte de atuação daqueles homens. Conforme apontou François Delaporte, as decisões tomadas em torno das tentativas de barrar o cólera não foram baseadas na ignorância ou no atraso, como muitas vezes interpretaram os analistas pós-revolução bacteriológica.<sup>93</sup> Pelo contrário, médicos e autoridades agiram informados pelo que havia de mais “moderno” e aceito nas ciências – as teorias ambientais, conforme eram expressas e

---

<sup>91</sup> Idem, p. 93.

<sup>92</sup> CASTRO SANTOS, L.A. *Op cit*, 1994; 4:1, p. 85.

<sup>93</sup> DELAPORTE, F. *Op cit*, 1986, ver, especialmente, o capítulo 7.

adaptadas às sensibilidades do século XIX<sup>94</sup> – e na política – o liberalismo burguês em oposição à postura tirânica do Antigo Regime, identificada com as quarentenas. Ao mesmo tempo, estes grupos eram pressionados constantemente para tomarem decisões sobre fatos a respeito dos quais, no fundo, não se tinha nenhum tipo de certeza.

Por outro lado, no caso do Pará, a demora no reconhecimento da doença e da implantação de ações como isolamento dos doentes e emissão de cartas de saúde pode ter contribuído para que a doença se espalhasse com maior rapidez. Nesse sentido, como já havia ocorrido na Europa, pesaram fortemente os interesses comerciais, responsáveis, inclusive, pela liberação dos colonos portugueses contratados para virem como trabalhadores para a Companhia de Navegação e Comércio do Amazonas.

Em seguida, a doença se espalhou ou por terra ou via outras embarcações em direção ao sul. No Recife, a maior mortalidade se deu já no ano de 1856, mas esse foi apenas um dos problemas causados pela moléstia. É provável que esta tenha sido a única província brasileira em que o cólera repetiu sua ação de agitador social. O boato de que a doença seria na verdade um estratagema criado pelos brancos, com o auxílio dos médicos, para matar a gente preta do Recife, tornou a capital um barril de pólvora. As suspeitas da população negra e mestiça aumentavam na mesma medida em que muitos médicos se recusavam a tratar os doentes de cólera e os tratamentos tentados pareciam ser absolutamente ineficazes. Nesse cenário é que apareceu Pai Manoel, um curandeiro de origem africana que garantia possuir remédios e tratamentos para a moléstia. A crença de que os africanos possuíam o conhecimento de remédios poderosos e o modo incendiário com que vinha agindo a população fizeram com que Pai Manoel fosse autorizado pelo próprio Presidente da Província a curar no Hospital da Marinha, para cuidar especialmente dos escravos e negros livres pobres. Tal fato acabou ocasionando a demissão em massa dos membros da Comissão de Higiene Pública.<sup>95</sup>

Logo, o governo da província se viu pressionado tanto do lado da população, que apoiava o curandeiro, quanto dos médicos, que passaram a denunciar o mesmo como charlatão e exigir a sua prisão. A tensão ficou ainda maior quando dois pacientes tratados pelo curandeiro faleceram. O governo, acreditando ter aí uma brecha de ação, proibiu as atividades de Pai Manoel no Hospital da Marinha e logo depois mandou

---

<sup>94</sup> O Neo-hipocratismo do fim do século XVIII e início do século XIX encontrava-se firmemente atrelado às novíssimas descobertas da clínica, da química e da análise higiênica dos espaços, *idem*, cap. 7.

<sup>95</sup> DINIZ, A. As Artes de Curar nos tempos do cólera, in CHALHOUB, S. *Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003, pp. 355-385

prendê-lo. Teve início, assim, uma onda de protestos e um motim popular, os quais cessaram tão logo o curandeiro foi solto. “Nenhum inquérito foi instaurado e Pai Manoel deixou a cena tão subitamente quanto havia aparecido”.<sup>96</sup>

Na Bahia, o cólera fez, provavelmente, o seu maior número de vítimas. A província enfrentava um período problemático com crises de fome e abastecimento, além de uma série de doenças contagiosas, muitas de origem desconhecida, que grassavam em seqüência desde pelo menos 1847. A capital, mesmo contando com uma Companhia Hidráulica desde 1852, ainda não possuía uma rede de esgotos e o resultado era que os despejos eram feitos diretamente nas ruas – às vezes até mesmo ao redor ou dentro dos chafarizes – e era muito difícil aos soteropolitanos encontrarem água de boa qualidade para o abastecimento das casas. Por outro lado, como comenta Onildo David:

“Exceto por eventuais notícias de jornal, acessíveis a um público reduzido, não consta que a população baiana tivesse sido melhor informada pelo governo sobre os riscos de uma epidemia. É certo que a Comissão de Higiene publicou, no *Jornal da Bahia* de 7 de julho de 1855, alguns ‘conselhos preventivos’ contra o cólera, relativos à higiene pessoal, asseio das habitações, cuidados alimentares. Mas ficava por aí. Nada relacionado com os sintomas da moléstia ou qualquer advertência sobre sua gravidade, nem mesmo uma palavra sobre primeiros socorros”.<sup>97</sup>

Porém, assim que se viu deflagrado o flagelo, a província teve de lidar com outros problemas além da doença, como o encarecimento aviltante dos gêneros alimentícios e a recusa dos abastecedores de alimentos do interior de virem até a capital e outras cidades infectadas. Muitos médicos também se recusaram a seguir as comissões, contratadas pelo governo, para cuidar de enfermos em outras localidades invadidas pela doença. Tal fato dificultou as tentativas de socorro orquestradas pela administração provincial e que visavam atender a população atingida. Mesmo na capital, foi difícil organizar a rede de socorros públicos, já que as tentativas de alugar propriedades para serem usadas como lazaretos esbarravam em aluguéis muito acima do preço de mercado ou mesmo na recusa dos proprietários em alugar suas casas para este fim.

Ainda assim, e mesmo que de forma lenta, o governo da província conseguiu tomar atitudes concretas para socorrer os doentes e tentar barrar a epidemia. A falta de médicos dispostos a ajudar no combate ao cólera foi solucionada com o envio de estudantes de medicina para atender as localidades do interior. Não foram raros os casos

---

<sup>96</sup> *Idem*, pp. 367.

<sup>97</sup> DAVID, O. *Op cit*, 1996, p. 46.

em que poucos ou nenhum destes estudantes voltaram com vida. Por outro lado, o governo resolveu fazer cumprir as medidas sanitárias consideradas necessárias para barrar o mal, mesmo que para isso precisasse intervir na vida econômica da cidade ou nos hábitos da população.<sup>98</sup>

No mês de julho de 1855, o cólera aportou na capital do Império. Como anteriormente, as autoridades mostraram receio em admitir a chegada da moléstia ao Rio de Janeiro. Fazer isso, à época, equivaleria a admitir uma forte derrota, tanto política quanto médica. Além disso, a crença de que o pânico e a apreensão causados pelo temor à doença seriam fatores que predisporiam à enfermidade, colocou a maioria dos médicos a favor da idéia de manter as notícias sobre o cólera sob discrição. A opção foi atribuir os casos com os sintomas conhecidos do cólera à ataques de *colerina*. Jornais e panfletos com artigos de médicos foram distribuídos com o intuito de esclarecer e despreocupar a população, apontando a *colerina* como uma forma mais branda da doença e, por isso, como algo que estava sob o controle dos órgãos administrativos. Além disso, o governo temia as conseqüências econômicas em se declarar a entrada da epidemia, em especial, o desabastecimento de gêneros alimentícios já que a moléstia poderia afugentar os fornecedores da cidade.

De outra forma, a chegada do cólera à sede da recém criada Junta Central de Higiene do Império se mostrou como um momento chave para a sua atuação. Os médicos envolvidos nesta reconheciam que a entrada de uma epidemia de tal magnitude no país poderia significar tanto a afirmação de sua posição junto ao governo e à população, quanto representar um sério revés aos planos da elite médica em orientar a administração pública nos assuntos da nascente noção institucional de *Saúde Pública*. Contudo, uma quadra epidêmica também era o momento em que todas as disputas teórico-acadêmicas entre os doutores, bem como as suas inclinações políticas tornavam-se mais transparentes. O que significava que, para cada decisão tomada ou aconselhada, não faltariam críticos e adversários prontos a atacar àqueles que as preconizavam. Além disso, a Junta deveria pronunciar-se sobre o que ela entendia ser o caráter da doença. Afinal, seria com base na sua compreensão da natureza do cólera que as medidas de combate e prevenção à epidemia seriam elaboradas e postas em prática. Logo, como ocorrera na Europa e nos EUA, o debate sobre doenças infecciosas ou contagiosas continuava na ordem do dia. E não havia nenhum argumento definitivo que pudesse

---

<sup>98</sup> Idem, p. 56.

solidificar uma ou outra compreensão da moléstia, o que fez com que muitas vezes as decisões tomadas nesse campo se pautassem pela dubiedade e mesmo pela contradição. Como, por exemplo, o fato de não se fazer quarentenas ao mesmo tempo em que se impunha que os doentes fossem isolados.

“No Brasil, por um lado, essa postura conciliatória pode ter sido, como diziam seus membros (da Junta), motivada por prudência diante das incertezas teóricas, já que nenhuma das partes conseguia mostrar de modo categórico que tinha razão. (...) Por outro lado, no entanto, percebe-se que isso contribuía para manter a unidade da Junta, satisfazendo as crenças de uns e de outros quanto ao infeccionismo e ao contagionismo. Seria inconveniente a Junta alinhar-se com uma ou outra tese. Era interessante poupar a autoridade recém instalada de desgastes com a comunidade médica e os leigos que haviam se posicionado”.<sup>99</sup>

Por outro lado, tanto as medidas baseadas no contagionismo (quarentenas e seqüestro de doentes) como as baseadas no infeccionismo (como a inspeção de casas e quintais para coibir o acúmulo de imundícies) eram francamente impopulares e colocavam médicos e governo na mira das revoltas da população. As diferenças sociais no tratamento dos doentes também contribuía para isso, já que o seqüestro e isolamento dos enfermos somente atingiam às camadas mais pobres.

Os periódicos da cidade, a princípio, trabalharam no sentido de tranquilizar a população em relação à marcha da doença. Entretanto, o faziam à luz de simpatias políticas opostas. Enquanto *O Diário do Rio de Janeiro* confiava na ação do governo em barrar uma passível epidemia, *O Diário do Rio* e *A Constituição* eram críticos ferozes do que chamavam de “a confusão do ministro e seus ‘higiênicos’”.<sup>100</sup>

Além destes, um outro conflito que já há algum tempo se avizinhava também estourou na imprensa carioca. As disputas entre a elite médica, ligada à faculdade de medicina, e os homeopatas tomaram foros mais graves na medida em que às críticas ao Presidente da Junta, Paula Cândido, se faziam mais ferozes. Contudo, os dois grupos concordavam que a adoção de medidas higiênicas para a cidade era fundamental para barrar a epidemia. O problema é que, se isso era praticamente uma unanimidade entre os “homens da saúde”, não se pode dizer o mesmo sobre outros elementos da sociedade. Muitos políticos se mostraram cétricos em relação às medidas sugeridas pelos médicos e às consideraram bastante exageradas.

---

<sup>99</sup> PIMENTA, T. S. Doses Infinitesimais contra a epidemia de cólera de 1855. In NASCIMENTO, D.R. do. e CARVALHO, D. M. de. (orgs). *Uma História brasileira das Doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 34-5.

<sup>100</sup> *Idem*, p. 37.

Tais debates amainaram um pouco na medida em que a moléstia se tornou impossível de negar e o interesse deslocou-se para as tentativas de se amenizar um fato consumado e não mais se centrou nas possibilidades de evitar seu alastramento. Foram criadas Comissões de Saúde que deveriam atuar em cada freguesia, ao mesmo tempo em que se designou a abertura de enfermarias especiais na Santa Casa de Misericórdia para atender os coléricos. Alguns médicos também organizaram enfermarias particulares para atender aos necessitados. Isso, no entanto, não significou uma procura assídua dos enfermos ao atendimento dos doutores. Como muitos destes admitiam, a maior parte dos doentes somente procurava o auxílio da medicina em seus últimos momentos. Provavelmente, após terem recorrido a toda uma gama de medicamentos e curadores de origem popular.<sup>101</sup> Talvez por isso, e pelo fato de que a homeopatia parecia estar conseguindo grande aceitação entre a população, é que tanto o governo quanto mesmo muitos médicos alopatas aceitaram o trabalho dos homeopatas e até mesmo dividir as enfermarias com eles enquanto a epidemia durou.

### **1.3. A Comissão de Higiene Pública e a ameaça do cólera**

Não é difícil, para o historiador, acompanhar os acontecimentos que marcaram a invasão do cólera à Província do Rio Grande do Sul em 1855. A documentação institucional – Relatórios dos Presidentes da província, Relatórios e comunicações da Comissão de Higiene Pública, Relatórios e comunicações da Santa Casa de Misericórdia – é bastante informativa e, por vezes, chega a trazer relatos diários acerca da epidemia. Contudo, afora este rico e interessante material de pesquisa, poucos adendos, vindos de outras fontes documentais, podem ser feitos. A maioria dos estudos sobre o cólera no século XIX tem se utilizado fortemente, por exemplo, dos artigos publicados em jornais. Estes são especialmente valiosos no que diz respeito ao conhecimento das reações populares à epidemia, bem como às disputas políticas e médicas que vinham à tona durante a quadra epidêmica. Para esta pesquisa, no entanto, os periódicos não puderam ser utilizados por razões logísticas, ou seja, inexistência ou impossibilidade de acesso. No Rio Grande do Sul, existem dois importantes acervos arquivísticos de jornais antigos – um, de administração pública, pertencente ao Museu de Comunicação Social Hipólito da Costa e o outro, privado, que pertence ao Instituto Histórico Geográfico do Rio Grande do Sul. No primeiro, não foi possível encontrar

---

<sup>101</sup> *Idem*, p. 41.

exemplares referentes à época estudada, enquanto, no segundo, embora os exemplares estejam catalogados, em função do seu estado de conservação, eles se encontram fora do acesso dos pesquisadores.<sup>102</sup>

Contudo, apesar destas limitações, a documentação pesquisada pôde esclarecer muito do que foi a epidemia e como diferentes setores da sociedade porto-alegrense reagiram e responderam a ela. Em grande parte, este material permite ao pesquisador compreender, especialmente, a atuação da Comissão de Higiene Pública durante o período epidêmico. Além disso, uma leitura atenta é capaz de fornecer ainda outros elementos para analisar o contexto geral daquela sociedade, ao mesmo tempo em que sugere questões importantes para se pensar este momento específico da história. O momento em que a noção de Saúde Pública está se construindo e que se está debatendo qual o papel que o governo vai representar aí, bem como os médicos e os outros setores da sociedade.

A chegada do cólera à Porto Alegre acabou se tornando o primeiro grande teste das atividades da Comissão de Higiene Pública, assim como o foi para a Junta Central de Higiene no Rio de Janeiro e para suas congêneres em outras províncias do país. Todavia, é provável que as expectativas do trabalho que poderia ser feito por estas tenham sido superestimadas, tanto pelos médicos que delas participavam, quanto por parte dos governos imperial e provinciais. Ao menos é o que se depreende dos documentos em que tanto uns quanto outros demonstram acreditar que as Comissões poderiam ter sido mais efetivas durante a quadra epidêmica. O fato é que a estrutura precária da organização recente do órgão se tornou ainda mais clara com as solicitações demandadas pelo surto de cólera. Além disso, a própria idéia do que a Junta e suas Comissões poderiam fazer era excepcionalmente nova para que o órgão pudesse ter uma atuação real e eficiente. Suas atribuições, embora definidas na lei de 29 de setembro de 1851<sup>103</sup>, esbarraram numa série de pequenos pormenores que não haviam sido solucionados pelas leis e geraram não poucos atritos tanto com setores da administração imperial, como as Câmaras, por exemplo, quanto com setores da elite local. Além disso,

---

<sup>102</sup> Outras pesquisas sobre o período já esbarraram no mesmo tipo de limitação. “Uma das dificuldades na pesquisa em jornais é o estado em que eles se encontram, havendo um grande volume fora de acesso ao público, o que limita o trabalho. Além disso, foi reduzida a circulação de jornais em Porto Alegre no período posterior a Revolução Farroupilha, principalmente entre 1845-1875, e, devido às condições dos Arquivos não foi possível localizar nenhum exemplar desse período”. WEBER, B.T. *Códigos de Posturas e Regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Porto Alegre, 1992 (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, 1992, p. 17.

<sup>103</sup> Coleção de Leis do Brasil.

as Comissões tinham deveres que pouco correspondiam à ínfima autoridade de que eram imbuídas. Um exemplo disso é o fato de que embora tivessem o dever de fiscalizar boticas, hospitais, prisões e estabelecimentos de vendas de gêneros alimentícios, o papel de sancionar os infratores lhes era extremamente restrito.<sup>104</sup>

A ocorrência da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro no verão de 1849-50 e os avanços do cólera-mórbus na Europa e na América do Norte recrudesceram as ações do Império Brasileiro nas questões de saúde. Foram estes fatos que acabaram se desdobrando na criação da Junta Central de Higiene, em 1850-51, e relacionadas a esta, em cada província, as Comissões de Higiene Pública.<sup>105</sup> Nas províncias, os burocratas ligados à administração provincial já vinham dando mostras de estarem interessados em conhecer melhor tanto os males nosológicos que afligiam a população quanto os tipos de recursos que poderiam ser mobilizados no caso do ataque severo de uma epidemia de grandes proporções. Mesmo que a Comissão de Higiene Pública da província somente tenha começado a atuar oficialmente em maio de 1854, já no ano anterior foi possível encontrar relatórios que se referem a ela. Sabe-se, porém que, a esta época, embora encontremos médicos que se identifiquem como membros da Comissão, esta, de fato, ainda não estava instituída oficialmente, seja na capital Porto Alegre, seja na província.

No que diz respeito à salubridade geral da região, e de acordo com as ordens recebidas do Ministério do Império, o Presidente da província buscou fazer um levantamento das epidemias e doenças mais comezinhas que atacavam os seus habitantes. Assim, os relatórios dos Presidentes se tornaram cada vez mais detalhistas em relação ao assunto. As informações prestadas por estes tinham por base algumas comunicações elaboradas por médicos e práticos que atuavam na província, alguns há mais de 30 anos. Os relatos, no entanto, tinham, na maioria das vezes, base somente na memória e no conhecimento empírico da ação das moléstias sem qualquer tipo de registro ordenado. E em quase todos os casos foi repetido o discurso da natural salubridade com que tinham sido brindados os habitantes da terra, sendo que pouquíssimas epidemias foram relatadas.<sup>106</sup> A fonte de informações mais elaborada provinha dos relatórios dos provedores das Santas Casas de Misericórdia, contudo, estas

---

<sup>104</sup> Ver a documentação da Comissão de Higiene Pública em AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 e 27 – 1855 e 6 – Saúde Pública

<sup>105</sup> Em 12.02.1850 foi criada a Comissão Central de Saúde Pública que, em 14.09 foi substituída pela Junta de Higiene Pública, a qual, pelo regulamento de 29.09.1851 passou a ser chamada de Junta Central de Higiene Pública. Coleção de Leis do Brasil.

<sup>106</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M24 – 1853 – Saúde Pública (Não há numeração nos documentos existentes nos maços).

nem sempre tinham uma periodicidade regular.<sup>107</sup> De fato, só é possível perceber uma tentativa de organização dos registros sobre os ataques de enfermidades – fossem endêmicas ou epidêmicas – aos habitantes do Rio Grande do Sul, após 1854, quando a presença da Comissão de Higiene Pública e a exigência sobre os provedores das Santas Casas, passaram a gerar fontes regulares de informações.

O primeiro relatório a aparecer assinado por alguém que se intitulava membro da Comissão de Higiene Pública, data de fins de 1853, e demonstra claramente o papel que a epidemia de febre amarela teve como ativador das preocupações governamentais com a saúde da população. Na comunicação enviada pelo Dr. José Alves Nogueira para o Presidente da província à época, João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu, esse é o principal elemento a ser testado e negado pela percepção do médico. Por outro lado, este não se furta a apresentar os problemas com que lidava a província em termos de saúde da população.

“(…) Tenho a honra de declarar a V. Ex. que não me consta ter havido nessa Província caso algum de febre amarela bem caracterizado apesar da proximidade e da não interrompida comunicação com os principais focos onde ela tantos estragos tem feito e continua a fazer. Não é possível assinar uma causa plausível ao não aparecimento deste flagelo nesta Província, a não ser um favor especial da Divina Providência. Por quanto ela estar fora dos trópicos não serve de regra visto que os estados da União Americana ocupam a mesma latitude, e são mais favorecidos nesse sentido e, no entanto, sabe-se que grande número de províncias daquele país (tem o mal) a bem ali aclimatado. O muito calor que aqui se sofre durante quase a metade do ano, o desasseio das cidades, encontrando-se a cada canto focos de imundícias, e nenhum cuidado para removê-los e evitá-los, sendo (que) isso era o bastante para endemisar a febre amarela entre nós.

(…)

Não tivemos, Digno Sr., a febre amarela, mas tivemos a escarlate, que mais conhecida pelo nome de escarlatina apareceu por esse mesmo tempo, em que a febre amarela se desenvolveu no resto do Império, em diferentes pontos desta Província, onde ela fez durante 8 ou 9 meses muito estragos, fazendo viagens caprichosas pelo interior da província, faltando uma povoação para ir atacar outra mais remota, ali que felizmente cessou o flagelo por fins de 1847.

(…)

Posso, portanto, afiançar a V. Ex. que o estado sanitário da Província é o mais lisonjeiro possível na atualidade, não só pelo lado de moléstias epidêmicas, que é aquilo de que se trata o aviso do Digno Ministro do Império como a resposta de qualquer outra enfermidade”.<sup>108</sup>

---

<sup>107</sup> Na província existiam três Santas Casas de Misericórdia verdadeiramente atuantes. A de Porto Alegre, que era a maior e mais rica, a de Pelotas e a de Rio Grande.

<sup>108</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M24 – 1853 – Saúde Pública.

Percebe-se o quanto a febre amarela assumiu uma posição preocupante após a epidemia na capital do Império, bem como, conforme demonstra o médico, outras doenças de caráter coletivo. Contudo, ainda um ano antes da chegada da epidemia de cólera e, apesar do fato de se reconhecer que a província padecia dos mesmos problemas higiênicos do resto do Império (que poderiam “endemicar” doenças), o Dr. Nogueira repetia o discurso de que a Providência e a natural salubridade da região ainda mantinham sob resguardo a maior parte da população da província.

Em janeiro de 1854, os Relatórios da Comissão já começaram a aparecerem assinados pelo Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba, o qual seria seu presidente e principal nome nas décadas seguintes. Ubatuba, como uma boa parte dos médicos que assumiam cargos públicos no Rio Grande do Sul, teve uma carreira política bastante atuante.<sup>109</sup> Foi deputado provincial, atuou na Inspeção de Instrução Pública e teve posto diplomático em Portugal.<sup>110</sup> Em seu primeiro relatório, Ubatuba informou, ao contrário de seu antecessor, que o estado sanitário da Província não é exatamente “lisonjeiro”, visto que algumas localidades estavam sendo acometidas, “*com mais ou menos intensidade, pela escarlatina, bexiga e coqueluche*”, sem falar de outras moléstias que, para o médico, de tão comuns já pareciam endêmicas. Ubatuba, ao contrário dos autores dos relatórios anteriores, começava lentamente a romper com o discurso sobre a natural salubridade da província. Um discurso que obviamente tornava menor o seu cargo e a necessidade do órgão que ele representava. Se a “natural salubridade” estivesse perdendo terreno para as modificações físicas do ambiente que minavam a saúde da população, então cabia a Comissão de Higiene buscar esses focos germinadores de males e propor formas de eliminá-los. Por outro lado, não eram somente os pontos insalubres e anti-higiênicos da província que incomodavam o novo presidente da Comissão.

Ubatuba demonstrou uma atenção especial com a capital, Porto Alegre, e, já neste primeiro relatório, enviado em janeiro de 1854, ele se referiu a um dos problemas mais recorrentes na documentação oficial da província no tocante à saúde da população da capital: a enorme mortalidade provocada por moléstias do tubo digestivo. Essa preocupação, no entanto, não era apenas do Presidente da Comissão de Higiene Pública.

---

<sup>109</sup> Sobre médicos políticos, ver CORADINI, O. L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a ‘crise da medicina’ no Rio Grande do Sul. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. IV (2):265-286, jul.-out., 1997.

<sup>110</sup> Ver LAZZARI, A. *Entre a grande e a pequena pátria: letrados, identidade gaúcha e nacionalidade (1860-1910)*. (Tese de Doutorado). Campinas, SP: UNICAMP, 2004.

Os relatórios tanto dos Presidentes da província, quanto dos Provedores da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre quase sempre apontavam esta ocorrência como um dos fatos nosológicos mais preocupantes para as autoridades.<sup>111</sup> Os porquês aos quais estas autoridades atribuíam as causas destas moléstias também eram semelhantes e, como denuncia Ubatuba:

“Creio que nem só a falta da Polícia Médica como a falta de água potável e, sobretudo do abuso dos purgantes drásticos, se devem esses funestos resultados. Em cada canto se encontra um homem, que não tendo trabalho ou querendo trabalhar, se arvora um médico, e vai fazendo o que faz aquele que nunca aprendeu. Em quase todas as casas de negócio se vendem a varejo drogas as mais perigosas; e por isso o Le Roy, as diferentes pílulas drásticas estão ao alcance de todos que as vão aplicando sem conhecerem a conveniência e assim produzindo males que dizimam a população!”<sup>112</sup>

Nesse sentido, o problema era, para o médico, “*além da falta de água potável*”, o livre acesso e o livre uso que a população fazia de drogas poderosas vendidas nas boticas e casas de negócio da cidade. Junto a isso, Ubatuba apontava também o amplo lugar ocupado pelos curandeiros e sua total liberdade na cidade. O que demonstra igualmente o quanto estes estavam incorporados aos hábitos gerais da população. Ubatuba assinala, assim, no trecho acima, os lugares em que a Comissão e o governo deveriam atuar para obstar os “*males que dizimavam a população*”: regulamentação na venda de medicamentos, regulamentação da profissão médica e ação ativa no ambiente, em especial, para a obtenção e fornecimento de água potável. De fato, o que temos aqui são questões antigas com as quais os médicos brasileiros há muito se batiam. Tânia Pimenta demonstra em sua tese, por exemplo, que pelo menos desde a década de 1830, os doutores haviam incorporado em seu discurso pela regulamentação da profissão as denúncias acerca da venda indiscriminada de remédios e a proliferação do que o Dr. Singaud nomeou de “*bizarra indústria*”. Isto é, o fato de que inúmeros estabelecimentos, que nada tinham a ver com as boticas, vendiam, quase sem fiscalização tanto remédios conhecidos quanto secretos.<sup>113</sup> A luta contra a concorrência, isto é, os praticantes de outros tipos de curas que não a medicina científica, também nada tinha de recente no discurso dos médicos. Por outro lado, a água potável vinha se

---

<sup>111</sup> Ver AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província – A7.03 (1846-1855) e A7.05 (1856-1858).

<sup>112</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública, doc. de 30 de janeiro de 1854.

<sup>113</sup> PIMENTA, T.S. *O Exercício das Artes de Curar no Rio de Janeiro*. Campinas: UNICAMP (Tese de Doutorado), 2003a, p. 39-40; ver tb p. 53.

tornando uma preocupação bastante corrente da medicina e, no caso de Porto Alegre, um problema que se arrastava há mais de 70 anos.

Mas a demonstração de que a Comissão estava ciente de qual deveria ser o seu plano de atuação não significa que ela tenha conseguido cumpri-lo. Muito rápido, é possível perceber nas comunicações trocadas com a Presidência da província que a Comissão tinha o poder de sugerir, mas não de aplicar. Além disso, embora ela devesse seguir as normativas da Junta Central, de fato, ela estava era sujeita ao Governo da província e, não raras vezes, teve a Câmara de Vereadores como um dos maiores obstáculos à implementação de seu “plano de ação”.<sup>114</sup>

As celeumas da Comissão com os poderes públicos começaram já durante o próprio processo de sua formação. De acordo com a lei que determinava a constituição das Comissões, estas deveriam seguir o modelo de formação da Junta Central de Higiene. Ou seja, um presidente escolhido pelo governo da província, o Provedor de Saúde do porto, o Delegado do Instituto Vacínico, o cirurgião-mor do Exército e o da Armada. Porém, não foi esta a composição (através dos congêneres provinciais) da Comissão de Higiene Pública no Rio Grande do Sul. A primeira diferença diz respeito à posição a ser ocupado pelo Provedor de Saúde do porto, cargo que não existia no porto fluvial da capital, onde ficaria a sede da Comissão. O mesmo valia para o posto de Delegado do cirurgião-mor da Armada.

A grande diferença, porém veio do fato de que o Delegado do Instituto Vacínico não foi chamado para fazer parte da Comissão no momento em que esta foi constituída e, quando o foi, meses depois desta ter entrado em funcionamento, ele declinou da atribuição. É provável que aqui tenham influído algumas das divergências pessoais e políticas existentes entre o Dr. Ubatuba, presidente da Comissão, e o Dr. Luiz da Silva Flores, delegado do Instituto Vacínico. Uma outra possibilidade, para esse caso é que o próprio Presidente da província tenha objetado a inclusão do Delegado do Instituto Vacínico igualmente em função de alguma divergência política. Não se tem documentos para ir além das conjecturas nesse sentido, mas não seria a única vez em que o

---

<sup>114</sup> A Câmara não se colocava apenas contra a Comissão. É provável que esta fosse vista muitas vezes como um braço do Presidente da província no município, o que resultava em choques de competência e jurisdição entre os dois órgãos de governo. Conforme Beatriz Weber: “Quando os Presidentes da Província eram da mesma orientação partidária que os membros ou pelo menos parte da Câmara Municipal, não havia maiores discussões. Quando representavam interesses partidários diferentes, o Presidente da Província não poupava críticas à administração da Câmara ou a Câmara Municipal não atendia as solicitações feitas pelo presidente”. WEBER, B.T. *Op cit.*, 1992, p. 72.

Presidente da província teria se posicionado de forma direta e contrária às idéias e normativas da Comissão. O melhor exemplo disso ocorreu quando Ubatuba tentou associar aos quadros da Comissão de Higiene um farmacêutico. Ele explicou esta indicação dizendo ter levado em consideração que um farmacêutico reunia conhecimentos práticos especiais que “*não possui um médico*”. Para ele, seria importante a Comissão contar com um farmacêutico que teria por ocupação o exame das boticas e “*em cujas luzes e honestidade confiamos para melhor desempenhar suas funções sem que ficasse esse membro somente adstrito ao exame das substâncias medicamentosas por poder ter um voto mais valioso em todas as questões da higiene pública visto possuir bastantes conhecimentos*”.<sup>115</sup> Argumenta também que a própria Junta Central já teria feito essa inclusão, porém, a indicação não foi aceita de forma alguma pelo Presidente da província, mesmo depois de o Dr. Ubatuba ter sugerido que o cargo fosse adjunto e auxiliar. Se somarmos isso ao pouquíssimo fluxo de comunicações entre a Comissão de Higiene e a Junta Central – pelo que pode ser contatado nas documentações de ambas – pode-se perceber o quanto à primeira estava sujeita às intervenções e ordens do Presidente da província.

Ainda no processo de organização do conhecimento sobre os níveis da saúde da população, a Comissão preocupou-se em elaborar um Mapa Necrológico da cidade de Porto Alegre e dessa forma encontrar os pontos em que ela poderia atuar mais ativamente. É claro que esta atuação, na prática, só poderia ser feita a partir de sugestões de Posturas Municipais e representações ao Presidente da província. Este mapa é bastante interessante, especialmente, se o usarmos como ponto de comparação as interpretações da doença que foram elaboradas logo após a epidemia de cólera.

**MAPA NECROLÓGICO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE,  
de julho a dezembro de 1853.**

Enfermidades		Sexo		Idades							Condição		
		M	F	-2	5	10	20	40	60	80	90	L	E
Congestão	Ap. nervoso	3	2	2					2	1		4	1
Hemorragia	Ap. nervoso	7	4	2	1			1	2	4		7	4
	Ap. respiratório	2							2			1	1
Flemasias	Ap. nervoso	3	3	4			1	1				1	5
	Ap. respiratório	17	4	6	1	2	1	3	1	5	1	13	8
	Ap. circulatório	3							1			2	1
	<b>Ap. digestivo</b>	<b>64</b>	<b>42</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>80</b>	<b>26</b>
	Ap. genitário	7	3	2			2	1	1	4	1	10	
Febres	Bexiga	10	7	7	2	2	3	1				11	6

<sup>115</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública, doc. de 30 de janeiro de 1854.

	Erisipela	1		1									1
Nevroses	Ap. nervoso	8	7	11	2			1				13	2
	Ap. respiratório	12	4	11				1		2		9	7
	Ap. muscular	7	8	8		4		4				7	8
Moléstias Gerais	Sífilis	1	4	3				2				2	3
	Escrófulas		1		1								1
	Reumatismo	1	1						1		1	2	
Lesão Orgânica	Ap. nervoso	3	4					1	3	1		5	2
	Ap. respiratório	20	15	3		1	6	16	7			26	9
	Ap. circulatório	7	2					1	1	3		6	3
	Ap. digestivo	2	3						3	1		5	
	Ap. genitário		2						1			2	
Moléstias Cirurgicas	Ferimento	2						1				2	
	Úlceras	2	1			1		1	1			2	1
	Hérnias		1						1			1	
	Gangrena	1		1								1	
Assim classificada	Dentição	7	5	11	1							6	
	Vermes	1	4	3	1	1							
	Parto		1					1				1	6
	Afogados	3	2									3	5
	Suicídio	1										1	
	Assassinados	1										1	2
	De repente	4										2	
Mal classificada		15	12	8	2	1		4	2	4	1	19	8
Não classificada		32	37	26	1	4	5	4	4	3	2	43	26
Total		247	182									287	142
Total geral	429												

“**Observações:** A diferença que se nota nas idades, provém da falta de declaração nos atestados. Houveram 93 atestados, sendo 66 de pessoas livres, e 27 de escravos, passados por Inspetores de Quarteirão, e outros inteiramente estranhos à profissão; não contando com os que são passados por pessoas que exercem a Medicina sem terem apresentado títulos. Dr. Ubatuba”.<sup>116</sup>

O quadro foi assinado pela Comissão de Higiene Pública já com todos os componentes que atuavam nela na década seguinte: o Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba, presidente; o Dr. Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, secretário interino; o Dr. Manoel José de Campos e Ignácio Manoel Domingues, delegado do cirurgião-mor do Exército. No mapa é possível perceber o porquê do Dr. Ubatuba ter chamado a atenção para as mortes causadas por problemas no aparelho digestivo. Olhando-o com atenção percebe-se que as doenças do aparelho digestivo aparecem duas vezes. Uma na parte que indica *flemasias* (sic) e outra na parte de *lesões orgânicas*. É justamente no primeiro caso que os números da mortalidade chamam a atenção. E foi sobre eles que a Comissão passou a centrar o alvo das suas preocupações, em especial, no tocante a considerar como suas principais causas: a água de má qualidade e os alimentos adulterados ou corrompidos, vendidos nos mercados.

<sup>116</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública.

Os números aí indicados foram recolhidos, especialmente, pelos **Inspetores de Quarteirão**<sup>117</sup>, ou seja, por leigos que, cumprindo a ordem de reportarem as *causas mortis* dos habitantes de sua área de atuação, passavam para seus relatórios, muitas vezes, as opiniões dos que haviam acompanhado o moribundo em seus últimos momentos. Nem sempre estas eram opiniões de médicos – o que também não garantia um diagnóstico correto das causas do óbito – contudo, é preciso que se tenha em mente o quanto era presente para os leigos que informavam essas causas (parentes, práticos, vizinhos, em resumo, os que se ligavam ao falecido) os problemas relativos ao aparelho digestivo e o fato deste ser associado à maioria dos óbitos. Por outro lado, estes números não são muito diferentes dos Mapas Patológicos elaborados pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia, o que significa a existência de um elemento a mais no sentido de justificar as preocupações da Comissão com as desordens digestivas dos habitantes de Porto Alegre.<sup>118</sup> Por outro lado, o reconhecimento das moléstias do aparelho digestivo como um índice de mortalidade preocupante estará na base de algumas das interpretações da epidemia de cólera, bem como dos tipos de ação engendrados pela administração pública que se seguiram à ocorrência desta na cidade.

A partir de 4 de maio de 1854, a Comissão começou oficialmente as suas atividades e, através das comunicações enviadas ao Presidente da província, foi possível acompanhar os espaços em que esta pretendia e queria atuar. Um dos que acabaram se configurando como mais importantes foi o que dizia respeito à regulamentação e controle das atividades nas artes de curar.<sup>119</sup> Para isso, a Comissão se esforçou em concentrar sob sua responsabilidade as inscrições dos médicos, boticários e cirurgiões habilitados – o registro continuava a ser realizado na Câmara Municipal, mas passava, agora, a precisar do aval da Comissão. Além disso, a Comissão passava a pronunciar-se sobre todos os que pretendiam ocupar-se de algum cargo como curador e cuja existência chegasse ao seu conhecimento, mesmo em outras partes da província. Pela lista médicos, cirurgiões e boticários registrados na Câmara e referendados pela Comissão de Higiene sabemos que em 1853 a província contava com 13 médicos, 7 cirurgiões e 13

---

<sup>117</sup> “Além dos fiscais da Câmara e guardas municipais, o primeiro elo dessa rede de controle, a nível municipal, eram os Inspetores de Quarteirão, nomeados pelo Subdelegado de Polícia de cada distrito. Conseguir este efetivo era difícil porque não podia haver obrigatoriedade dos cidadãos exercerem o cargo e aceitavam o mesmo os que ainda não tinham sido isentados do serviço ativo da Guarda Nacional”. WEBER, B.T. *Op cit.*, 1992, p. 83.

<sup>118</sup> AHRS – Documentos referentes à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Assuntos Religiosos (AR) 03 – Maço 04 – Período 1861-68.

<sup>119</sup> Ver AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública.

boticários.<sup>120</sup> O título dessa listagem informa estarem estes, aptos a exercerem suas atividades no município, porém, encontramos muitos destes nomes atuando no interior. Além disso, o registro consultado pela Comissão para avaliar a atuação de médicos, boticários e cirurgiões no interior era o mesmo realizado pela Câmara Municipal de Porto Alegre. Sendo assim, mesmo sem uma contagem exata, este parece ter sido o número mais provável de *curadores oficiais* atuantes no Rio Grande do Sul, nesta época, acrescidos provavelmente de alguns cirurgiões militares que por sua efemeridade na cidade não faziam o registro, mas que, igualmente, nem sempre restringiam sua atuação às tropas.<sup>121</sup>

A este encargo os membros da Comissão buscaram somar outros, como por exemplo, um maior controle sobre a ocorrência de doenças e o trabalho dos hospitais. Para isso, a Comissão pediu ao Presidente da província que este exigisse do Hospital Militar – sobre o qual a Comissão pretendia ter alguma ingerência, o que parece não ter sido possível em relação ao hospital da Santa Casa – lhes enviasse seus Mapas Patológicos.<sup>122</sup> Não foi possível descobrir se tal exigência chegou a ser cumprida. É possível que não, já que nenhuma informação, ou cópia de algum mapa nestes moldes, foi encontrada na documentação ou nos relatórios da Comissão à Presidência da província. No caso dos mapas patológicos da Santa Casa de Misericórdia, estes continuaram a ser enviados diretamente para a Presidência da província. A documentação mostra que mesmo quando a Comissão inspecionava o hospital da Santa Casa e esta continuou a ter uma atuação fora da alçada da Comissão.<sup>123</sup>

A primeira das constantes reclamações dos médicos da Comissão sobre os males que deterioravam a saúde da população que deu resultados concretos foi a que se referia a inoculação do pus da bexiga. Em poucos meses a Comissão conseguiu que a proibição à inoculação fosse incluída entre as Posturas Municipais<sup>124</sup>, contudo, na prática, a aplicação destas posturas – e de outras de ordem higiênico-sanitárias – foi sempre muito

---

<sup>120</sup> Idem, doc. de 10 de maio de 1854.

<sup>121</sup> Considero curadores oficiais aqueles que tendo ou não um diploma de médico, cirurgião, boticário ou farmacêutico tinham permissão para exercer a prática da cura. Ver WITTER, N. *Dizem que foi Feitiço: as práticas da cura no sul do Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre, RS: PUCRS, 2002.

<sup>122</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública, doc. de 10 de maio de 1854

<sup>123</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 10 de outubro de 1855. A Santa Casa de Misericórdia é um caso à parte na lista dos Socorros Públicos e será analisada com mais vagar no próximo capítulo.

<sup>124</sup> As posturas Municipais eram códigos formulados pelas autoridades para regular o dia a dia da população. “Estes eram um conjunto de normas que estabeleciam regras de comportamento e convívio para uma determinada comunidade, demonstrando a preocupação com a preservação da ordem e a segurança pública, incluindo aí as relativas a saúde pública”. WEBER, B.T. *Op cit.*, 1992, p. 8.

falha.<sup>125</sup> No caso da inoculação, essa dificuldade também foi agravada pelo fato de que não eram apenas leigos que se utilizavam dessa prática, mas muitos médicos e cirurgiões que contavam com demasiado apoio político para serem autuados por isso.<sup>126</sup>

No ano que antecedeu à chegada do cólera, as informações prestadas acerca da salubridade da província no relatório da Comissão dão conta de que a saúde geral da população estava em baixa. Uma epidemia de febre escarlatina havia assolado a capital entre dezembro de 1854 e março de 1855, ocasionando, inclusive, mortes. O Dr. Ubatuba ainda apontou a ocorrência de bexigas entre a tropa que estava aquartelada na vila de São Gabriel, próxima à fronteira com o Uruguai, mas que se desenvolveu benignamente; e também de alguns casos de tifo durante o inverno. E afora estes, o presidente da Comissão de Higiene informou, com felicidade, pois provavelmente se referia à possibilidade do desenvolvimento da febre amarela, que “*nenhuma outra epidemia tem se desenvolvido*”.<sup>127</sup>

De acordo com o Barão de Muritiba, Presidente da província no primeiro ano de atuação da Comissão de Higiene, esta se dedicou a fiscalizar os estabelecimentos de sua competência – boticas, enfermarias, mercados e prisões – e coibir os abusos considerados perniciosos à saúde da população, ao mesmo tempo em que propôs medidas para melhorar o aspecto sanitário da cidade. Algumas destas propostas foram convertidas em Posturas Municipais, como a já referida a proibição da inoculação do pus da varíola e a marcação de lugares apropriados para os despejos. Porém, pelo que se pode acompanhar na documentação nenhuma destas medidas chegou a vigorar satisfatoriamente, visto as contínuas reclamações da Comissão ao Presidente da

---

<sup>125</sup> Ver: Idem, p. 85. A avaliação nesse sentido é difícil, mas se levarmos em conta a quantidade de vezes em que a Comissão pediu ao Presidente da Província que exigisse a entrada em vigor das ditas Posturas, podemos inferir que a aplicação destas foi relativamente deficiente. Em 1856, a Comissão de Higiene Pública, enviou o seguinte comentário para o Presidente da Província: “Em sessão de hoje a Comissão resolveu enviar por cópia a V. Ex. o que lhe expediu o Delegado de polícia, a fim de que V. Ex. conhecendo os tropeços que tem encontrado a comissão para obter o castigo dos que infringem o Regulamento conheça que não é por culpa dela que eles não têm sido castigados, pois que há 2 anos uma só infração não foi julgada definitivamente, sendo em todo esse tempo apenas duas julgadas pelo Delegado; mas que se tendo apelado para o Juiz de Direito, ainda até hoje não tiveram provimento”. AHRS – Correspondência dos Governantes: M27 – 1856, doc. de 1º de fevereiro de 1856. No Arquivo Público do Rio Grande do Sul (APRS), encontramos apenas um sumário de processo-crime, dentro do período pesquisado de 20 anos (1850-1870), por infração de postura. Ver APRS – 3ª Cível e Crime: Sumários, M32, Nº 1091, 1860, o que pode significar que mesmo a cobrança em relação a população não era muito pesada.

<sup>126</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854 – Saúde Pública.

<sup>127</sup> AHRS – Relatório da Fala do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

província e suas representações contra a falta de fiscalização da Câmara Municipal da capital para que o Código de Posturas fosse efetivado.<sup>128</sup>

A Comissão também deu especial atenção ao asseio da capital. Em 1854, o Presidente da província chegou a colocar à disposição da Câmara o engenheiro provincial, Felipe Normann, para que este fizesse o levantamento dos planos e dos trabalhos que a Comissão julgasse necessários para manter a cidade limpa e em perfeito estado sanitário. Contudo, este foi um dos pontos em que os desejos da Comissão esbarraram continuamente nos hábitos da população, na pouca vontade de execução da Câmara Municipal e na falta de autoridade política e institucional do órgão. Mais que isso. É possível notar que, à época, havia um claro debate sobre a quem cabia determinar quais seriam os procedimentos corretos para resguardar a saúde da população da cidade. A Câmara de Vereadores de Porto Alegre, muitas vezes, não pareceu estar disposta a abrir mão de suas antigas prerrogativas no que dizia respeito à organização das medidas de salubridade para a capital. Para isso, não raro ela opôs argumentos aos da Comissão de Higiene e, nas vezes em que a Presidência da província favoreceu a esta última, pode-se encontrar séries de representações da Comissão reclamando pelo fato da Câmara não estar cumprindo ou fazendo cumprir às estas determinações.<sup>129</sup> Esse debate – que não era apenas político, mas sobre a quem competia a atuação em Saúde Pública – pode ser percebido muito claramente em um comunicado da Comissão de Higiene em janeiro de 1855, a respeito dos lugares marcados para os despejos das águas servidas e excrementos no rio Guaíba.

“Em data de 15 do corrente a Câmara Municipal desta cidade respondeu o ofício desta comissão de (?) próximo passado em que lhe mostrava as inconveniências de se fazerem os despejos no rio na margem N, dando as razões que V. Ex. verá na cópia junta, e não sendo plausíveis nenhuma delas, a Comissão pondera a V. Ex. a necessidade que há de se vedarem os despejos nesses lugares. Por isso mesmo que a parte N sendo a mais habitada é que os despejos se devem fazer o mais longe que for possível, e sendo essa parte mais habitada situada a N não sabe a Comissão como a Câmara contou com os ventos SS, sendo os que reinam nesta estação os N. NE e que por isso trazem para a cidade os miasmas que desenvolvem esses despejos principalmente nessa estação e na que se segue. Deve notar mais a Comissão que por isso mesmo que para o S se fazem as lavagens de roupa e que o sabão & (sic) torna as águas menos afeitas para os usos da vida se devem fazer ali os despejos para que não fiquem ambas as margens inabilitadas para poderem fornecer águas em boas circunstâncias, sendo o receio que tem a Câmara que pela distância dos lugares marcados se façam os despejos nos becos é desvanecido logo que ela

---

<sup>128</sup> AHRS – Relatório da Fala do Presidente da Província – João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu (1854) – A7.03; Relatório do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03; AHRS – Correspondência dos Governantes: Maços 25, 26 e 27.

<sup>129</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: Maços 25, 26 e 27.

convenientemente empregar os seus 5 guardas, e fiscais suprindo pela atividade o seu número. A Comissão pode ser increpada (sic) de inoportuna, mas nos riscos em que se acham tantas vidas principalmente numa quadra de uma epidemia que por vezes tem levado à desolação ao seio das famílias e que reina atualmente não pode querer a responsabilidade da imprevidência e por isso participa a V. Ex. que nenhuma das medidas que propôs a V. Ex. em 20 de junho do ano próximo passado e que V. Ex. segundo lhe consta mandou executar se pôs por hora em execução e assim é que as ruas permanecem desasseadas, algumas delas sendo o depósito dos despejos o que seria fácil de privar-se se a Câmara pusesse em execução as suas posturas atualmente aprovadas”<sup>130</sup>.

Como se pode ver, a competência da Comissão em determinar quais os lugares mais salubres para os despejos foi francamente questionada pela Câmara Municipal, a qual elabora seu próprio plano de descarte das matérias deletérias da cidade. Longe de chegarem a um acordo, os debates acerca dos despejos se prolongaram pelo ano de 1855 adentro e pelos anos seguintes. Em 31 de agosto do mesmo ano, a Comissão de Higiene Pública fez uma nova reclamação para que o governo da província – exercido à época pelo Vice-Presidente Luiz Alves Leite de Oliveira Bello – tomasse medidas para que as Posturas Municipais a esse respeito, e já aprovadas, fossem ao menos colocadas em prática.<sup>131</sup>

De fato, no debate que se instaurava sobre que papel teria a Comissão de Higiene na constituição institucional da Saúde Pública, ao menos inicialmente, não se podem contar muitos resultados. Contudo, o esforço desta em utilizar-se de sua posição para fazer-se ouvir não deve ser completamente desacreditado. Sem ser um órgão todo poderoso em sua ligação com a Junta Central de Higiene – que de fato era bem pouca em termos práticos –, nem tampouco uma repartição inútil, a Comissão de Higiene fez um trabalho constante de marcar posição e ser uma espécie de arauto do que considerava serem as verdades científicas e qual o lugar que a Saúde Pública deveria ocupar na administração das cidades. Nesse caso, mesmo que, em maio de 1855, o Dr. Ubatuba reconhecesse que:

“Forçoso é confessar que ainda não goza a sociedade de todos os benefícios que deveriam esperar de sua instituição, falta sem dúvida a outras causa que não a boa vontade e o esmero de seus membros. Infelizmente, sem meios de ação foram criadas essas repartições que não lhes cumprem mais do que reclamar providências, que, ou pelo mau inveterado hábito de só procurar-se o tardio remédio nas ocasiões de perigo,

---

<sup>130</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 18 de janeiro de 1855. Há um outro comunicado, com a mesma data e no mesmo grupo de documentos, em que se pode encontrar outra reclamação da Comissão de Higiene em Relação à Câmara Municipal e ao fato desta recusar-se a aprovar posturas em relação ao alistamento das meretrizes.

<sup>131</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 31 de agosto de 1855.

ou porque não se liga ainda verdadeira importância aos meios preventivos, quase sempre deixam de ser resolvidos as mais importantes providências reclamadas pelas ciências a bem da humanidade”<sup>132</sup>.

Pode-se dizer que a chegada do cólera na segunda metade daquele ano seria um estímulo para que, lentamente, os conselhos da Comissão de Higiene começassem a ser ouvidos, especialmente, aqueles que entravam em consonância com as idéias que circulavam entre uma boa parte da população, sobre quais eram os males perniciosos à saúde da população da capital. Bem entendido que a posição marginal da Comissão durante boa parte da sua existência nada tinha a ver com um descaso completo com a salubridade pública. Pelo contrário, esta era um motivo constante de preocupação para as autoridades municipais.<sup>133</sup> O problema estava muito mais ligado ao debate sobre o lugar que a Comissão devia ocupar como órgão governamental, se como realizadora ou apenas propositora de medidas a serem implementadas por outros órgãos em relação à saúde da população.

#### **1.4. O cólera em Porto Alegre**

Ainda com seu espaço não totalmente definido junto à administração pública, a Comissão teve de lidar com um teste de fogo para a sua precária posição política. Em junho de 1855, as notícias da chegada do cólera ao norte do país colocaram em alerta as autoridades de todo o país. Em seu relatório de junho daquele ano, o Barão de Muritiba comentou:

“Pede a prudência que se empregue os adequados meios preventivos nesta Província contra a fatal epidemia, que tendo-se desenvolvido com intensidade nas margens do Amazonas em meados deste ano, tem percorrido algumas cidades do litoral, segundo as notícias mais recentes; já chegou ao Rio de Janeiro, e ameaça propagar-se por todo o Império. Mas nem houve tempo ainda de resolver-se sobre quais devam ser esses meios, nem há fundos destinados para as despesas de seu emprego”.<sup>134</sup>

As palavras do Presidente da província são claras. Há o reconhecimento do perigo e mesmo a aceitação de que este é iminente e quase inevitável, porém as autoridades parecem pouco seguras em determinar o que precisa ser feito para barrar a epidemia ou o que, como e quanto deveria ser investido para evitar a chegada do mal. Nos meses que antecederam o advento da epidemia, a Comissão de Saúde Pública apontou reiteradas vezes quais seriam, em sua opinião, os focos geradores de miasmas

---

<sup>132</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 25 de maio de 1855.

<sup>133</sup> Ver WEBER, B. T. *Op cit.*, 1992.

<sup>134</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

que poderiam ajudar a propagar uma moléstia epidêmica, caso esta chegasse à província. Pela insistência destes comunicados e pelo próprio fato destes afirmarem não estar sendo “ouvidos”, pode-se inferir que provavelmente muito poucas (se tanto) das medidas higiênicas propostas foram colocadas em prática.<sup>135</sup> É interessante observar que, assim como em diversas outras partes do mundo ocidental em que as notícias sobre o alastramento do cólera praticamente gerou a sua espera, também na província do Rio Grande do Sul se buscou preparar a região para a chegada da epidemia. A dificuldade em se afirmar qual seria a natureza desta suscitou, porém, como na Europa e na América do Norte, uma tendência a se mesclarem medidas preventivas de caráter tanto anti-contagionista quanto anti-miasmático.

Tal fato em nada difere da ação de médicos e autoridades no que diz respeito à epidemia em diversas outras partes do mundo ocidental. Aceitava-se tacitamente que esta poderia ser carregada através de navios e pessoas infectadas, porém, isto não negava o fato de que a epidemia somente se desenvolveria se encontrasse condições para isso no ambiente. No caso, estas condições seriam os focos de origem e proliferação de miasmas, a água insalubre e os alimentos de má qualidade. Exatamente por causa disso, a Comissão instava ao governo que criasse com urgência novos cargos de fiscais que a coadjuvassem nessa área problemática da saúde dos habitantes da cidade. A Comissão de Higiene previa que, no caso da chegada da epidemia, não poderia dar conta do trabalho de manter a necessária fiscalização em boticas, estabelecimentos comerciais, prisões e hospitais.<sup>136</sup>

Não encontrei nenhuma resposta a este pedido, mas à medida que aumentavam os informes sobre o avanço da doença em outras partes do país, o Presidente da província passou a pedir sugestões para as autoridades sanitárias sobre as ações a serem feitas para evitar a epidemia. Esse é um ponto interessante. Primeiro porque estas sugestões já vinham sendo dadas, segundo porque estas não só não foram implementadas, como as sugestões seguintes tocam o mínimo possível nos assuntos que se referem à limpeza urbana e demonstram uma enorme preocupação com os gastos que a província viria a ter com consecução das ações sugeridas. Além da Comissão de Higiene, o Presidente da província também questionou a opinião do Provedor de Saúde do porto da cidade de Rio Grande. Esta medida, somada às outras que foram sugeridas e

---

<sup>135</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública.

<sup>136</sup> *Idem.*

levadas a cabo mais tarde, parece afirmar que havia um consenso de que o cólera somente poderia entrar no Rio Grande do Sul por um lugar – o porto da cidade de Rio Grande – e era sobre este que a maior parte dos esforços de barrar a epidemia deveriam centrar-se.

Este porto, situado na desembocadura da Lagoa dos Patos no Oceano Atlântico, era a porta oficial da província, daí a importância das medidas que ali deveriam ser implementadas. O primeiro a dar sugestões sobre o plano de ação preventivo, foi o Dr. José de Pontes França, Provedor de Saúde do porto. Suas sugestões foram enviadas pelo Presidente da província para a Comissão de Higiene Pública a fim de que esta as avaliasse e, se necessário, retificasse. O fato é que, se compararmos o que foi sugerido pelo provedor com as retificações feitas pela Comissão ao seu plano, percebemos que a Comissão atuou no sentido de suavizar as medidas propostas pelo colega.<sup>137</sup> Isso demonstraria uma discordância? Não creio. Pelo tom excessivamente preocupado com os gastos, usado pela Comissão, parece que os médicos tentavam adaptar suas sugestões a algum tipo de orientação recebida, no sentido de que se propusessem medidas que não entrassem em choque com o comércio e os interesses da província e nem fossem demasiado onerosas para os cofres do governo.

Esta segunda série de ações parece ter sido aceita e, em fins de setembro, início de outubro de 1855, o Vice-Presidente da província ordenou que o presidente da Comissão, o Dr. Ubatuba, se dirigisse para a cidade de Rio Grande a fim de colocar em ação as medidas sugeridas. É necessário deixar claro que há uma diferença substancial entre as duas séries de medidas, isto é, aquelas propostas pelo Provedor de Saúde do porto e as posteriormente propostas pela Comissão. Enquanto as primeiras são claramente de ordem higiênica, as segundas oscilam entre a dúvida sobre a necessidade de se instaurarem quarentenas e uma aparente preparação para a vinda do inevitável. Um exemplo disso é a modificação da primeira das medidas pedidas pelo Provedor de Saúde do porto, a qual era a de se colocar em observação todos os navios entrados no porto. A Comissão avaliou que tal procedimento traria embaraços ao comércio local e sugeriu variações para esta “observação”, a qual pode ser lida como quarentena. O problema é que as variações, em resumo, parecem apontar para que não se colocasse qualquer tipo de embarcação sob observação. Mesmo que o navio trouxesse pessoas

---

<sup>137</sup>AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, respectivamente doc.s de 14 de setembro e 21 de setembro de 1855.

doentes a bordo, a Comissão achava não ser isso suficiente para que permitir “*tão genericamente a interdição das embarcações, providência essa que sendo muito onerosa ao comércio deve ser tomada com cautela e na forma indicada no Regulamento das medidas sanitárias para os portos do Império*”.<sup>138</sup>

Dessa forma, as ações propostas de serem feitas pela Comissão ao presidente da província foram: nomear um médico para ficar encarregado de visitar a todos os navios chegados na barra e também para ficar responsável pelo lazareto; marcar um lugar para quarentena e ou lazareto, construindo ou alugando um prédio com as acomodações necessárias e pondo-o em funcionamento; mandar um ou mais membros da Comissão para fazer os serviços necessários e marcados – para serem feitos no período pré-epidêmico – no artigo 48 do Regulamento de 29 de setembro de 1851; conservar a Provedoria no porto de Rio Grande para expedir *cartas de saúde* e cuidar da polícia sanitária do porto e da cidade. O Dr. Ubatuba, encarregado de orientar a organização destas “medidas preventivas” encontrou, no entanto, dificuldades em conseguir um médico que aceitasse assumir a inspeção dos navios e o lazareto, “*pois aos que se tem dirigido se tem recusado, e não será fácil encontrar quem com desapego às suas comodidades e a interesses certos e que reunindo saber e bastante moralidade se queira sujeitar-se a um cargo de responsabilidade e bastante trabalhoso e arriscado*”.<sup>139</sup> A dificuldade de encontrar alguém disposto a assumir tal missão foi tal que a Comissão de Higiene teve de buscar, novamente, dentro de seus quadros um médico que aceitasse se deslocar de Porto Alegre para atender o lazareto de Rio Grande. O escolhido foi o Dr. Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, que até então desempenhara as funções de secretário.<sup>140</sup>

Antes de partir para a cidade de Rio Grande, porém, o Dr. Ubatuba pediu e obteve do Presidente da província a garantia de ter o auxílio de um engenheiro para deixar o prédio destinado para o lazareto em condições adequadas. E também para revisar a estrutura sanitária das cidades mais próximas ao porto e que igualmente seriam preparadas para a chegada da epidemia: a própria Rio Grande, as vizinhas Pelotas e São José do Norte e também Jaguarão, localidade fronteira ao Uruguai. O Dr. Ubatuba ainda

---

<sup>138</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 21 de setembro de 1855.

<sup>139</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 22 de setembro de 1855.

<sup>140</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1854 – Saúde Pública, doc. de 27 de setembro de 1855.

teve a garantia de contar com dois contos de réis para as despesas necessárias em Rio Grande e Pelotas e mais um conto a ser gasto com a preparação de São José do Norte e Jaguarão. Ainda antes de rumar para o sul, Ubatuba enviou uma comunicação à presidência – nesta época já sob o comando do Barão de Muritiba – reclamando que as orientações acerca das ações para prevenir a epidemia que a Comissão havia enviado para a Câmara Municipal tinham sido vistas como fora de sua alçada e pediu ao Presidente que intercedesse.

Esta série de correspondências, que chegam a perfazer mais de uma por dia, é representativa de elementos interessantes de serem avaliados sobre os meses que antecederam a chegada da epidemia de cólera. As notícias tanto oficiais quanto veiculadas pelos jornais da região – conforme os próprios documentos informam – davam conta de que muitas províncias do norte já estavam tomadas pelo mal. A própria corte já se encontrava invadida. Nem as autoridades provinciais, nem os médicos envolvidos na Comissão de Higiene pareciam ter qualquer dúvida sobre o fato de que, mais dia, menos dia, o cólera chegaria também ao Rio Grande do Sul.<sup>141</sup> As ações tiveram início quase um mês antes do cólera aportar no Rio Grande. E os esforços narrados pelo Dr. Ubatuba quase que diariamente dão conta das dificuldades de vencer o ceticismo popular em relação à possibilidade da ocorrência da epidemia, bem como a especulação dos donos de imóveis que poderiam se prestar a lazaretos e dos donos de boticas e casas de gêneros alimentícios. Muitos viram nos esforços precoces do governo uma forma de lucrar sobre a fazenda pública e os preços, na cidade de Rio Grande, subiram astronomicamente.<sup>142</sup>

Contudo, é possível perceber também que não há muita segurança sobre as medidas a serem tomadas e que continuavam a ocorrer choques e disputas sobre quem deveria exercer a jurisdição nos assuntos da saúde pública. O Dr. Ubatuba continuou a ressentir-se disso mesmo depois de ter chegado à cidade de Rio Grande para organizar os serviços sanitários do porto. Uma de suas primeiras ações foi reunir-se aos comerciantes, agentes consulares dos EUA, Inglaterra, Portugal e França e notáveis locais a fim de explicar e receber adesões para os planos sanitários de tentativa de barrar a epidemia. Como o próprio Ubatuba explicou ao Presidente da província houve quem,

---

<sup>141</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 4 de outubro de 1855.

<sup>142</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26– 1855 – Saúde Pública, doc. de 3 de outubro de 1855

entre estes, julgasse que ele estava indo além de suas prerrogativas.<sup>143</sup> Um destes, por exemplo, foi o Barão de Caçapava, com o qual Ubatuba entrou em choque também por cobrar multas de dois “médicos” não matriculados na Câmara e, pelo que se pode apurar nos documentos, eram práticos, mas amigos do Barão.<sup>144</sup>

Outro choque desse tipo parece ter se dado com o provedor da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande. Ubatuba comunicou em um de seus relatórios a recusa deste em permitir ao estabelecimento fornecer medicamentos e dietas aos serviços de socorro – lazareto, ambulâncias, casa de observação – que estavam sendo montados. Ao que parece tal recusa foi mal vista na cidade e logo o provedor acabou por aceitar fazer o fornecimento dos ditos itens, contudo, os preços colocados por este eram de tal forma além do que pretendia pagar o governo da Província, que Ubatuba teve de recorrer a outros fornecedores. Aliás, a suba dos preços parece ter sido uma regra em tempos de epidemia, mais ainda quando o cliente era o governo.<sup>145</sup>

Até o dia 11 de outubro, o Dr. Ubatuba permaneceu em Rio Grande, organizando o porto e a cidade para a provável chegada da epidemia de cólera. Além do estabelecimento do Regulamento Sanitário no porto, o médico alugou e preparou uma casa para fazer às vezes de lazareto, preparou casas-ambulâncias<sup>146</sup>, mandou cair o quartel e o hospital – o caiamento de paredes era considerado uma importante medida higiênica – e empregou o engenheiro municipal no nivelamento da cidade. Ubatuba também já havia verificado as condições sanitárias na pequena vila de São José do Norte, localidade próxima à Rio Grande, e considerado boa a sua estrutura. O médico louvou, para isso, os trabalhos realizados pelo Delegado de polícia do lugar.<sup>147</sup> Nos dias que seguiram, Ubatuba se deslocou para Jaguarão – localidade bem mais ao sul da

---

<sup>143</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 3 de outubro de 1855.

<sup>144</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 8 de outubro de 1855.

<sup>145</sup> Ver DAVID, O. R. *Op cit.*, 1996.

<sup>146</sup> O termo “ambulância” aparece utilizado para designar tanto carroças que munidas de medicamentos eram enviadas para frentes de batalhas ou municípios em situação de epidemias como pequenas enfermarias munidas de uma farmácia de emergência. Por vezes, associava-se a esta um médico, um cirurgião e/ou um enfermeiro. No Anexo 1 pode-se ter uma idéia de que tipos de medicamentos e aparelhos poderiam ser encontrados em uma ambulância. AHRS – Correspondência dos Governantes: M18 – 1843 – Saúde Pública, doc. de 10 de janeiro de 1843 e o Regulamento das Ambulâncias utilizado durante a epidemia de cólera de 1855: AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 04 de outubro de 1855.

<sup>147</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 10 de outubro de 1855.

província, quase na fronteira com o Uruguai – para também ali organizar os socorros que deveriam ser acionados em época de epidemia.

Em Porto Alegre, durante este período de espera, as informações sobre o “preparo” da cidade são bem menos contínuas. Ao que parece, o substituto do Dr. Ubatuba era menos zeloso em informar todos os seus passos ao Presidente da província ou se confiava nos socorros já constituídos na capital, ou ainda, as autoridades acreditavam ser possível barrar a epidemia nas adjacências do porto de Rio Grande. Essa parece, pelo menos, ter sido a atitude do governo para com outros municípios da província localizados mais para o interior e com menor comunicação com o litoral. Nesses casos a Comissão não pareceu julgar necessário que se efetivasse um preparo semelhante ao que estava sendo feito em Rio Grande, Pelotas, São José do Norte e Jaguarão. Para estes municípios, os doutores recomendavam esperar que a doença se manifestasse para, daí sim, enviar socorros e remédios para as comunidades. Por outro lado, os pedidos para que lhes fossem enviados médicos e medicamentos demonstram que, mesmo para as localidades mais afastadas, a sombra do cólera era um fato presente e assustador. O presidente interino da Comissão, Dr. Manoel José de Campos, faz a seguinte recomendação para o Presidente da província após receber uma solicitação da vila de Taquari:

“Para sossegar o espírito dos munícipes da Vila julgo ser necessário lhe enviar o método de tratamento e preceitos higiênicos pelas capacidades médicas do país e de outras nações, devendo a mesma Câmara dar a maior publicidade quando se manifeste algum caso: o que cumprindo exatamente fará com que o cholera não acometa-os com tanta intensidade”.<sup>148</sup>

De qualquer forma, no caso da capital Porto Alegre, apenas quando o Dr. Ubatuba retornou à cidade é que pudemos encontrar documentos que se referem a um trabalho mais efetivo de organização contra a epidemia. Isso não quer dizer que seus colegas da Comissão tenham ficado parados durante a sua ausência. Contudo, as fraquezas políticas da Comissão pareciam tornar-se mais evidentes durante a ausência de seu presidente. Um exemplo disso é a comunicação ao Presidente da província enviada pelo presidente interino da Comissão acerca da inspeção feita nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia.

“Neste momento acaba de receber a Comissão a Portaria de V. Ex. em que ordena que indo a enfermaria, onde são tratados os presos civis na Santa Casa, examinou e

---

<sup>148</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 12 de outubro de 1855

achou que estando colocada em um subterrâneo onde a umidade é constante, o ar pouco renovado, o assoalho todo arruinado, e em parte não existe, e muito imunda, não devem ser conservados ali os enfermos e lembra que uma das salas da cadeia civil pode servir para este mister. *A vista da insalubridade que apresenta este local, entendeu a Comissão que não devia fazer reclamação alguma ao Provedor*<sup>149</sup>. (Grifo meu).

Ora, embora a Comissão tenha constatado que a enfermaria da Santa Casa não estava em condições sanitárias ideais, esta admitiu que não iria fazer nenhuma reclamação direta ao provedor e passando o encargo disso para o Presidente da província. Diversas leituras podem ser feitas a respeito de um tipo de ação como esta, mas a que me parece mais provável envolve o fato de que os poderes fiscais da Comissão não eram acompanhados por uma correspondente capacidade de atuação e sansão. Ao Provedor da Santa Casa somente o Presidente da província teria condições de exigir modificações na conduta do hospital. Me parece claro que, nesta época, aquele que era para ser o principal órgão voltado para a saúde pública no país, não tinha poder para esse tipo de atuação.

As ações levadas a cabo durante o segundo semestre de 1855, fizeram com que o governo da província se considerasse preparado para acudir a população com socorros onde quer que a moléstia se manifestasse. Foram organizadas diversas ambulâncias – carroças com medicamentos – que deveriam ser enviadas acompanhadas de médicos para as localidades em que o mal epidêmico aparecesse. Além disso, o Presidente da Província acreditava poder contar com o apoio de particulares que, antes da chegada do cólera, havia se colocado à disposição do governo para auxiliar no combate à moléstia e tratamento dos doentes, sob as instruções da presidência.

O cólera chegou à Província na segunda quinzena do mês de outubro e logo se pode sentir uma mudança significativa nas cartas oficiais, as quais passam a ter um caráter de urgência e medo, embora o cólera somente tenha tomado proporções assustadoras mesmo em novembro. “*Nessa época infeliz,*” diz o Barão de Muritiba, “*a epidemia de cólera asiática, que dizimara tantas vidas em certas províncias do norte, e invadira a própria Corte, começou a introduzir-se na província, sem embargo das medidas preventivas que pus em prática logo depois da minha posse*”<sup>150</sup>.

---

<sup>149</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 10 de outubro de 1855.

<sup>150</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

O vapor *Imperatriz*, veio da corte, com escala em Santa Catarina. Neste porto, ele já havia deixado pelo menos 16 dos soldados que trazia, acometidos do mal. De acordo com as informações recebidas pelo Presidente da província. Um passageiro escravo chegou doente ao porto de Rio Grande sendo recolhido ao lazareto, onde se curou. Porém, apesar da tentativa de se impor uma quarentena aos outros passageiros do navio e a própria barra do Rio Grande – impedindo as comunicações da região com o resto da província – esta falhou e, sem o controle das autoridades, os passageiros se espalharam em direção a capital e ao interior, levando o cólera consigo.<sup>151</sup>

A fuga dos passageiros criou logo um surto de medo e em 27 de outubro o Dr. Ubatuba já fazia referências à boataria de que passageiros do vapor haviam sido vistos na capital. No dia seguinte, o médico informou que realmente um navio chamado *Comércio* havia chegado a Porto Alegre, trazendo passageiros que haviam estado no *Imperatriz*, e que este iria ser desinfetado – procedimento feito com água de Labamaque – enquanto todas as pessoas a bordo, lá deveriam permanecer para observação. Contudo, ao que parece, os passageiros e a tripulação não aceitaram bem as decisões da Comissão e se interpuseram ativamente contra o isolamento. Ubatuba chegou a pedir que a tripulação fosse punida por conta disso, mas não encontrei nenhum documento que indique que algo tenha sido feito.<sup>152</sup>

Em princípios de novembro, a epidemia começou a fazer-se presente de forma inegável para as autoridades. As charqueadas ao redor de Pelotas e a própria cidade estiveram entre os primeiros lugares a serem atingidos, o que, não chega a causar espanto visto serem as charqueadas, sem sombra de dúvidas, um dos pontos mais insalubres da província.<sup>153</sup> Simultaneamente se registraram os primeiros casos em Rio

---

<sup>151</sup> “Participo a V. Sr. que no dia 19 do corrente alguns passageiros do vapor *Imperatriz*, entrando da Corte tendo vindo para casa de observação, evadiram-se da Quarentena; sendo 2 de Pelotas, e 2 do Rio Grande, que imediatamente participei aos Delegados de Polícia do Sul, e do Norte, e que porém até hoje ainda não voltaram para a Quarentena, e consta-me que eles passeiam livremente em Pelotas e Rio Grande com este exemplo muito me tem custado a conter os outros. A V. Sr. me instruirá do que devo fazer em tais circunstâncias. Outrossim, que até hoje a Casa de Observação está desprovida de tudo, apesar de já ter requisitado ao Sr. Comandante do Porto. Não posso deixar nesta ocasião de ponderar a V. Sr. as grandes dificuldades que os passageiros encontram aqui quanto as comedorias, por não haver recursos nesse lugar e os Comandantes dos navios não querem alimentá-los depois que eles vem para a terra”. – Dr. Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, Diretor do Serviço Sanitário. AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 20 de outubro de 1855.

<sup>152</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 27 de outubro de 1855.

<sup>153</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 19 de novembro de 1855. Sobre as charqueadas, ver PINHEIRO, J. F. (Visconde de São Leopoldo). *Annaes da Província de São Pedro* (1822), apud CORSETTI, B. *Estudo da Charqueada Escravista Gaúcha no século XIX*. Rio de Janeiro: UFF, 1983, (Dissertação de Mestrado), p. 154.

Grande e, logo depois, estendendo-se de forma rápida, a epidemia avançou para a vila de Jaguarão e para a capital, atacando, a sua passagem, as populações ribeirinhas à Lagoa dos Patos, ao Guaíba e ao Jacuí, além de alguns dos afluentes deste. Em todos os lugares, os mais atingidos foram os escravos e as “pessoas pouco favorecidas de meios”, mas os relatórios são unânimes em afirmar que na capital, Porto Alegre, a epidemia foi assoladora para todas as classes.<sup>154</sup>

Por volta de 26 de novembro, sem mais nenhuma dúvida, o Presidente da província, Barão de Muritiba, declarou o Rio Grande do Sul invadido pelo cólera-mórbus e ordenou, por isso, o cessamento das quarentenas no porto de Rio Grande, consideradas, doravante, inúteis.<sup>155</sup> No dia 27, porém, o a Comissão de Higiene Pública afirmou que o cólera ainda não havia se desenvolvido na capital. De acordo com o relatório apresentado à Presidência da província:

“Os continuados avisos que tenho recebido de já haver a epidemia reinante nesta cidade me tem obrigado a ir examinar doentes, que se tem dito serem os mais caracterizados, e em nenhum deles reconheci o cholera, nem mesmo a cholerina.

Os sintomas proeminentes que esses doentes têm apresentado são não os da cholerina como de muitas outras enfermidades que neste quadro aparecem sempre, e que passariam desapercibidos se não houvesse a prevenção que existe em todos (utilizei-me de todos) os meios para me certificar da verdade, e não só estudei os fatos que se apresentaram como recorrido exame do obituário da cidade, e pelo mapa que envio a V. Ex.<sup>a</sup> conhecerá que a mortalidade dos três meses de setembro, outubro e novembro de qualquer dos anos de 1852, 1853, 1854 é maior que a dos meses deste ano: que as enfermidades do tubo digestivo no ano passado produziram mais mortes que este ano nos três meses indicados; e se bem que ainda faltem três dias para findar-se o mês que corre com tudo ainda dado o caso que hajam mais 9 mortes nem assim guardará a proporção de aumento que devia existir pelo crescimento em que vai a nossa população: e se comparar-se a cifra das pessoas que faleceram de diarreia em 1855 com a de 1854 vê-se pelo menos que ela não tem sido tão grave e por isso não há razão para que exista entre nós uma enfermidade tão cruel.

(...) De mais de uma influência epidêmica apurasse sobre esta cidade os fatos não seriam tão isolados e se haviam de repetir em pessoas da mesma casa (ainda mesmo não se crendo no contágio). Consistindo a cholerina no fluxo de ventre, vomito ou no esfriamento que poucas vezes se tem dado (e parece-me que só em 2 indivíduos) e terá o esfriamento o caráter próprio da enfermidade? Quando o doente o percebe? Será o esfriamento um sintoma característico desta enfermidade e que não pertence a outras muitas? Bem longe estou de desprezar o que se tem manifestado, mas acho demasiada imprudência que nas atuais circunstâncias se tenha a facilidade de enunciar-se um juízo tão grave sem haver toda a segurança.

(...) Ainda é cedo para notar os resultados que tem produzido as providências higiênicas que V.Ex.<sup>a</sup> tem tomado para esta cidade, eu já as percebo e deixarei correr

---

<sup>154</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

<sup>155</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, escrito a lápis no alto do doc. de 26 de novembro de 1855.

mais algum tempo para mostrar quanto elas podem influir na saúde de um povo. Continuarei a observar e estudar, e o que for aparecendo comunicarei a V. Ex.<sup>a</sup>.<sup>156</sup>

As frágeis certezas e esperanças do Dr. Ubatuba se desfizeram menos de três dias depois quando ele reconheceu, em comunicação ao Presidente Barão de Muritiba, que já existiam casos bem caracterizados e que já haviam ocorrido pelo menos duas mortes na capital.<sup>157</sup> Encontrei muito presente, nesse início da quadra epidêmica, a idéia de que as perturbações gástricas seriam, não o cólera, mas uma porta aberta para a epidemia e, por isso deveriam ser tratadas com rapidez para impedir que a moléstia fatal se desenvolvesse. Em função disso e do que o Dr. Ubatuba chama de “costume dos pobres de somente buscarem recurso médico quando seus sofrimentos já são por demais graves”, o médico afirma que julga ser:

“(…) não só necessário como indispensável que V. Ex.<sup>a</sup> nomeie 2 médicos para permanecerem nos lugares determinados a fim de serem consultados e prestarem os socorros médicos a qualquer reclamo que haja, sendo autorizados a receberem gratuitamente para os pobres, providenciando-se que as boticas aviem as receitas com prontidão e mesmo tenham a mão os primeiros recursos”.<sup>158</sup>

A Comissão deu início a um processo de ação em relação à epidemia que envolvia não apenas organizar os socorros, mas, ao menos de início tentar manter um adequado fluxo de informações para que ela própria pudesse ter em mãos quadros para compreender a doença. É claro que tal tentativa revelou-se vã, na medida em que o avanço da epidemia forçava a desorganização dos serviços e funcionários públicos que deveriam recolher as ditas informações.<sup>159</sup> Contudo, algumas observações já parecem contar no sentido de levar a interpretação do cólera em direção a idéia de que a proximidade do rio era o principal problema sanitário de Porto Alegre.

“Uma observação notável é que os casos mais graves se deram nos escravos e em pessoas que moravam junto às praias, desde o Largo da Forca até o Beco do Fanho, só do lado do mar tem falecido 6 pessoas ali acometidas, estando outros gravemente enfermos”.<sup>160</sup>

---

<sup>156</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 27 de novembro de 1855.

<sup>157</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 30 de novembro de 1855.

<sup>158</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 30 de novembro de 1855.

<sup>159</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 30 de novembro de 1855.

<sup>160</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 02 de dezembro de 1855.

Nos dias seguintes o número de vítimas do cólera aumentou. A Comissão tentou organizar mapas de mortalidade por bairros, os quais seriam conjugados ao final da epidemia em um mapa geral. Vários médicos transformaram suas casas em enfermarias ou mesmo montaram postos médicos em casas de comércio, como fez o próprio Dr. Ubatuba. Uma enfermaria, comandada por leigos, foi aberta na Praça Paraíso, no centro da cidade. A Comissão recomendou a suspensão das aulas nas escolas públicas, das procissões e pediu que os dobres de sinos das Igrejas fossem terminantemente proibidos, por excitarem o medo e tornarem as pessoas predispostas aos ataques da epidemia.<sup>161</sup> Também sugeriu que o Presidente ordenasse à Santa Casa de Misericórdia – mantenedora e administradora do cemitério extramuros – que recebesse os mortos da epidemia sem as formalidades de praxe e os enterrasse o mais rapidamente possível.<sup>162</sup>

Sucedem-se relatos de doentes caídos nas ruas, falta de carroças para transportar os enfermos e falta de lugares para cuidá-los, além é claro das inevitáveis fugas da população das cidades e vilas. Muitas destas podem ser constatadas através dos pedidos de afastamento de cargos públicos ou por comentários nos relatórios da Comissão e de médicos que atuaram nas frentes de combate à epidemia. Em alguns casos, eram os próprios médicos que informavam seu afastamento da cidade, em geral, alegando terem sido acometidos do mal.<sup>163</sup> Houve também inúmeras recusas, por parte dos médicos, em aceitar comissões fora da cidade de Porto Alegre – fosse no interior ou em distritos próximos. Como alega o próprio Dr. Ubatuba, era difícil encontrar alguém que “largasse de seus confortos”. Onildo David ao estudar a epidemia de cólera na Bahia também apontou para o fato de que muitos médicos se recusaram a assumir os encargos pedidos pelo governo no auxílio de comunidades atacadas pela epidemia.<sup>164</sup> A Comissão também principiou (ou deu continuidade, não há como afirmar pelos documentos disponíveis) a publicar medidas profiláticas e de tratamento da moléstia nos jornais.<sup>165</sup> Nas ruas, dia e noite, era queimado alcatrão em tonéis como forma de espantar os miasmas pestíferos.

---

<sup>161</sup> Era corrente a idéia de que o medo da doença era um predispositor ao seu ataque. Tal elemento é presente em quase todas as teorias sobre moléstias epidêmicas no século XIX bem como nos estudos sobre o cólera. BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit*, 1987 ; ROSENBERG, C. E. *Op cit*, (1ª ed. 1962) 1987.

<sup>162</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 03 de dezembro de 1855.

<sup>163</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 e M27 – 1856, vários.

<sup>164</sup> DAVID, O. *Op cit.*, 1996. Na documentação de Porto Alegre, ver AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 e M27 – 1856, vários.

<sup>165</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 04 de dezembro de 1855.

Novembro e dezembro foram os meses mais difíceis para Porto Alegre e mesmo a Câmara Municipal teve de suspender suas atividades.<sup>166</sup> Procissões e missas foram suspensas para evitar aglomerações, mas também porque o cura da catedral se deslocou para a Freguesia de São João Batista, a fim de socorrer os enfermos e suas famílias.<sup>167</sup> Em janeiro, a epidemia começou a dar mostras de estar enfraquecendo. Ainda assim, a Comissão manteve a cautela e pediu a proibição da venda de determinados gêneros até que a epidemia estivesse completamente extinta. Os gêneros incluíam frutas e legumes considerados indigestos como melões, melancias, pepinos, milho verde, pêssegos, mangas e bananas.<sup>168</sup>

A Comissão também instou o governo da província a proceder um levantamento da mortalidade da capital, quarteirão por quarteirão, com o objetivo de traçar um mapa que pudesse orientar as futuras atuações em prol da salubridade da cidade.<sup>169</sup> O mapa localizou os índices de mortalidade por quarteirão, sexo e condição na cidade e foi adicionado ao Relatório do Presidente da província de julho de 1856.<sup>170</sup> Contudo, as conclusões geradas por este não foram muito abrangentes. De acordo com o relatório do Presidente da província, a mortalidade maior se deu nos quarteirões próximos ao rio e foi maior entre as pessoas pobres de recursos e escravos. A falta de dados discriminados para a época impede, porém de se elaborar estatísticas comparativas confiáveis a respeito da mortalidade na cidade de Porto Alegre. Entretanto, à época, a estimativa é que quase ou pelo menos 10% da população do primeiro e segundo distritos (a cidade propriamente dita) veio a falecer em razão do cólera.

No dia 30 de abril do ano de 1856, a Comissão de Higiene Pública declarou extinta a epidemia na província do Rio Grande do Sul. O governo preocupou-se em oferecer ajuda às viúvas e órfãos da epidemia, contando inclusive com doações do próprio Imperador que, recém casado, visitou a província em junho daquele ano. Para esse caso foi instituída uma Comissão de notáveis que se encarregou de fazer a distribuição dos donativos.<sup>171</sup> Alguns doutores, como o Dr. Luiz da Silva Flores, doaram

---

<sup>166</sup> AHMPAMV – Atas da Câmara de Vereadores.

<sup>167</sup> APRS – Porto Alegre – Sumários do Júri: M31, N.º 921 – 1856 (27.12.1855).

<sup>168</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 09 de janeiro de 1856.

<sup>169</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 18 de janeiro de 1856.

<sup>170</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes da Província – Jeronymo Francisco Coelho (Dez. 1856) – A7.03.

<sup>171</sup> “Tendo ficado em estado de miséria muitos indivíduos das classes pobres, já que prejuízos diretos sofreram, já pela perda dos chefes de família que os amparavam, o nosso Magnífico Monarca, em alta e

seus honorários para serem dados aos órfãos da quadra epidêmica. Por outro lado, o uso do dinheiro público no socorro aos colerosos parece ter sido alvo de discordâncias entre os integrantes do governo provincial. O Barão de Muritiba fez sobre este fato o seguinte comentário, a meu ver bastante esclarecedor das disputas políticas que poderiam vir à tona numa quadra epidêmica:

“V. Ex. poderá conhecer as despesas, que por esta ocasião se fizeram por autorização do Ministério do Império, consultando a nota que fiz extrair da Tesouraria de Fazenda; e por aí verá que se empregou muita diligência, para que sem faltar com o necessário, houvesse toda a economia e possível fiscalização na distribuição dos socorros; o que provavelmente desagradou algumas pessoas, cuja opinião com quanto respeitável, se não casa com os princípios, que eu professo no tocante à administração dos dinheiros públicos. As despesas que correram pela Contadoria provincial, em virtude da autorização concedida pela lei n. 313, foram de pequena escala, porque compreenderam unicamente os objetos, que, tendo relação imediata com as medidas sanitárias, não podiam entrar na classificação dos socorros propriamente ditos”<sup>172</sup>.

Das despesas permanentes, o presidente faz referência às diárias pagas “para alguns órfãos desvalidos”, cujos pais foram vítimas da moléstia, e que foram recolhidos à casa de expostos da Santa Casa de Misericórdia. A maior parte deles, informou o presidente, foi dali retirada por “pessoas caridosas” que se obrigaram a criá-los e educá-los às expensas suas.

No relatório apresentado ao fim do ano fiscal de 1855-6, o Presidente da província admitiu, no entanto, que muitas destas medidas encetadas durante o período acabaram sendo enfraquecidas pelo “terror do flagelo”, mas que “nem por isso faltaram socorros, onde quer que a enfermidade apareceu”.<sup>173</sup> Nesse sentido, o Barão louvou em seu relatório a caridade da população e sua atitude perante a ação da moléstia: “*atos dignos de homens civilizados, e mais dignos de cristãos, atenuaram um pouco as desgraças causadas pelo hediondo mal*”.<sup>174</sup> Aliás, é interessante reproduzir os elogios

---

inesgotável munificência, dignou-se por à disposição da presidência a quantia de 3:000\$000 rs. de seu bolsinho, para ser distribuída pelas famílias pobres. Este donativo aumentado com 10% de premio da moeda legal, e os saldos das quantias supridas às comissões sanitárias da cidade de Rio Pardo, e freguesia da Aldeia, ambas na importância de 732\$080 rs., produziram um total de 4:032\$080 rs. de moeda comercial. Foi mandada distribuir essa quantia por 172 pessoas necessitadas, na razão de 20\$000 rs., cada uma; a distribuição foi incumbida tanto na capital, como nos distritos, as comissões foram compostas dos delegados, subdelegados, vigários, e juizes de paz, ficando em ser uma reserva de 592\$080 rs. para serem atendidas quaisquer reclamações que se apresentarem por parte daquelas, que pudessem ter sido omitidas na relação dos necessitados, recomendando-se às comissões que procedendo à novas indagações, mandassem relações complementares”. AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes da Província – Jeronymo Francisco Coelho (Dez. 1856) – A7.03 e AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública, doc. de 16 de junho de 1856.

<sup>172</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

<sup>173</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1856) – A7.03.

<sup>174</sup> Idem.

feitos pelo Presidente da província à forma de atuação dos funcionários provinciais, militares, e outros homens de destaque da sociedade rio-grandense, não por se crer integralmente no conteúdo destes elogios, mas porque este tipo de comentário não era exatamente comum em tempos de epidemia. Na maioria das vezes, o que se lê nos documentos que relatam os períodos epidêmicos é a reclamação das autoridades em relação às fugas e recusas de coadjuvação por parte tanto da população em geral quanto da elite e mesmo dos funcionários do governo.<sup>175</sup>

“A classe médica em geral, apesar de pouco numerosa, serviu com dedicação; algumas autoridades distinguiram-se por seu zelo; os oficiais e soldados da polícia, especialmente seu comandante, e os inválidos, portaram-se com devoção, que não pode ser bem elogiada, e nunca será esquecida; os próprios condenados prestaram serviços valiosíssimos; alguns particulares com suas pessoas e teres se fizeram credores do reconhecimento de todos; o clero enfim tomou louvavelmente a parte que lhe cabia na triste época a que me hei referido”.<sup>176</sup>

Em resumo, assim como a epidemia declarou-se rápida e espalhou-se por boa parte do litoral da província, ela igualmente declinou com rapidez. A cidade mais atingida foi, sem dúvida, a capital. Talvez pelo fato dos maiores esforços preventivos terem se localizado junto ao porto de Rio Grande. O fato é que assim que a doença chegou a Porto Alegre, ela se alastrou de forma implacável e durante os meses de novembro, dezembro e janeiro causou terror entre os habitantes, mas em fevereiro, o cólera já tinha praticamente desaparecido. Os locais onde a doença permaneceu com casos esporádicos até março foram: o distrito de Sapucaia, localidade pobre e descrita como extremamente insalubre, próxima à capital; o município de São Leopoldo, colônia alemã também localizada na região adjacente à Porto Alegre e às margens do rio dos Sinos; e na vila de São José do Norte, próxima ao porto de Rio Grande. Outros pontos da província sofreram apenas alguns “ameaços” da epidemia, revelados na forma de incômodos gástricos, que cederam com o uso de remédios conhecidos. O mesmo aconteceu com a Divisão Auxiliadora acampada no município de Piratini, a qual ficou inteiramente isenta, bem como toda a tropa de linha de Quarai (município da fronteira com o Uruguai).<sup>177</sup>

---

<sup>175</sup> Ver: DAVID, O. *Op cit.*, 1996; DINIZ, A. *Op cit.*, 1997; BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Op cit.*, 1987.

<sup>176</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1856) – A7.03.

<sup>177</sup> Idem; AHRS – Correspondência dos Governantes – Saúde Pública: Maços 26 e 27.

O saldo de mortos pela epidemia durante este período foi, pelo levantamento da Presidência da província, superior a 3000 pessoas e, de acordo com o relatório, a mortalidade foi dividida da seguinte maneira, pelas diferentes localidades:

**Quadro da Mortalidade ocorrida na Província do Rio Grande do Sul durante a epidemia de cólera de 1855-6, de acordo com os dados fornecidos pelo Relatório do Presidente da Província, o Barão de Muritiba.**

<b>Município</b>	<b>Número de Mortos</b>
Porto Alegre	1405
Rio Grande	485
Taim	32
Pelotas	446
Jaguarão	329
Rio Pardo	27
Triunfo	40
São Leopoldo	40
Aldeia	12
Belém	20
São Jerônimo	10
São José do Norte	30
Dores	6
Taquari	33
Sapucaia	9
São João Batista do Camaquã	20
Diversos lugares	67
<b>Total</b>	<b>3011</b>

Fonte: AHRS – RELATÓRIOS DOS PRESIDENTES DA PROVÍNCIA – A7.03: Relatório do Presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul Barão de Muritiba (Jul. 1856).

O Relatório ressalva que estes números poderiam não ser considerados exatos porque nem sempre os incumbidos dos enterramentos tiveram o zelo necessário ao fazer os assentamentos das vítimas da epidemia. Sendo assim, estimava-se que a soma dos mortos pelo cólera na província poderia elevar-se, facilmente, a um número de aproximadamente 4000. Esta conclusão tinha por base o fato de que após os esforços de averiguação do Chefe de Polícia interino, o número de mortos da capital elevou-se em mais de 400 indivíduos além das estatísticas oficiais até então admitidas. Por outro lado, não foi possível chegar ao número de pessoas que foram infectadas pela epidemia. Calculou-se, contudo, que por volta da “terça parte da população dos lugares invadidos sofreu mais ou menos do terrível mal”.<sup>178</sup>

<sup>178</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1856) – A7.03.

O governo imperial, ao ser informado da invasão da moléstia, havia enviado médicos e estudantes de medicina a fim de tratar dos enfermos necessitados. Contudo, nenhum destes chegou a ser empregado, visto que quando chegaram até a província, a epidemia já se encontrava em franco retrocesso. Mesmo assim, alguns prestaram serviços em localidades para onde foram remetidos.

Uma parte interessante do relatório do Presidente da província sobre o ano da epidemia é a que ele dedica à Comissão de Higiene Pública, já que podemos ler uma avaliação da ação do órgão durante o período em que reinou a moléstia e qual foi o comportamento desta em seu primeiro grande teste de atuação junto à saúde pública. Embora elogie a atuação do presidente da Comissão na criação do lazareto da barra do Rio Grande e do secretário que permaneceu na região do porto durante todo o período epidêmico tratando das vítimas da moléstia, para o Barão:

“Da maneira como se acha constituída esta repartição poucos serviços têm prestado à província, como me parece que acontece com todas as outras da mesma natureza criadas em diversos pontos do Império. Na crise epidêmica que acabei de referir, nada pode fazer que aproveitasse, não obstante os louváveis desejos de seus membros de concorrerem com suas luzes e esforços para o bem da humanidade aflita”.<sup>179</sup>

Com uma atuação política ainda fraca e pouco acreditada pelos governantes provinciais, a Comissão, apesar dos esforços contínuos em demonstrar-se imprescindível à organização dos serviços de saúde pública, não teve nem de longe a inserção e o reconhecimento que pretendia junto aos poderes imperiais. Sua ação foi quase sempre avaliada pelo desempenho individual de seus membros – mesmo pelos presidentes da província, que, na maioria das vezes, constituíam a sua base de sustentação política – e não por atuação como órgão público. Fato, aliás, que não era bem aceito, já que os médicos nomeados muitas vezes se opunham aos funcionários de carreira da burocracia imperial e aos políticos das oligarquias locais que avaliavam as ações em saúde como parte de suas prerrogativas em obtenção e manutenção de suas clientelas. O caráter consultivo da Comissão era, assim, constantemente, lembrado pelos seus adversários e suas sugestões acatadas somente na medida das conveniências políticas dos poderosos da região.

Da epidemia restou, nesse primeiro momento, a memória dolorosa expressa pelo sucessor do Barão de Muritiba, o Jeronymo Francisco Coelho, em seu relatório de dezembro:

---

<sup>179</sup> Idem.

“(…) a Divina Providência aprouve desviar de sobre nós a repetição daquelas cenas mortuárias, de horror e de luto, em que nos fins do ano passado e princípios do corrente ano, se abismaram vários pontos da província, e esta cidade mais que todos. Não entrarei na dolorosa recordação destas cenas, que a maior parte de vós presenciastes, e que atingiu o ápice da amargura e da dor; referindo-me, porém ao relatório de meu digno antecessor, só me cumpre informar-vos que nessa calamitosa conjuntura se empenharam todos os esforços possíveis para combater energicamente o mal”<sup>180</sup>.

A administração de Jeronymo Coelho, talvez influenciada pelo fato dele ter sido o Presidente a enfrentar o cólera na província do Pará, a primeira a ser atingida no Brasil, deu início ao processo de avaliação do que foi a epidemia e quais os fatores que, especialmente na cidade de Porto Alegre, contribuíram para o seu alastramento. Dois fatores tinham, nesse caso, de serem conjugados. O que se tinha de conhecimento universal sobre o cólera – o que ainda era pouco e sujeito a inúmeras controvérsias – e o que a experiência informava sobre as doenças do aparelho digestivo na capital. A avaliação da epidemia de cólera em Porto Alegre esteve inextrincavelmente ligada às compreensões anteriores das doenças gastro-intestinais ou, ao que Berridge denominou de “agenda pré-existente de questões”. Assim sendo, para que se possa entender quais os elementos que estiveram presentes nessa avaliação é preciso que se tenha conhecimento de que lugar as moléstias – num sentido geral – ocupavam no cotidiano daquela população. Somente a partir daí se poderá compreender as escolhas tomadas pela administração pública nos anos que se seguiram à epidemia. Outro fator importante a ser compreendido é justamente a articulação entre as esferas administrativas e os curadores nos debates acerca do papel e da extensão dos poderes destes últimos no recente campo da Saúde Pública. A interpretação do cólera como enfermidade real e experienciada passa pelo entendimento destes três sujeitos e das formas como estes se articulavam e conjugavam para agir e reagir.

---

<sup>180</sup> AHRS – Relatório das Falas do Presidente da Província – Jeronymo Francisco Coelho (1856) – A7.03.

## Capítulo 2 - “...os que não puderem se tratar em suas casas”

Na documentação referente à epidemia de cólera de 1855, os doentes, num sentido estrito do termo, não são figuras freqüentes. A preocupação da Comissão de Higiene Pública e do governo da província em organizar os socorros à população aparece com muito mais clareza nas fontes. De fato, durante os dois meses em que o cólera reinou, o fluxo de informações parece ter diminuído e muito pouco se pôde apurar sobre a experiência da enfermidade por àqueles que a vivenciaram. Contudo, os documentos não estão mudos a este respeito. A epidemia não se estendeu sobre um mundo “em branco”, tanto quanto as idéias médicas acerca da enfermidade também não eliminaram os costumes e as práticas anteriores em relação ao tratamento das doenças. Os próprios regulamentos elaborados para dirigir a vida das enfermarias e hospitais durante o flagelo trazem em si as marcas de como as doenças eram tradicionalmente vivenciadas por aquela população.

Um exemplo bem claro disso aparece no *Regulamento para Ambulâncias e Hospitais* elaborado pela Comissão de Higiene Pública e enviado para o Presidente da província em novembro de 1855.<sup>181</sup> De acordo com este, a cidade de Porto Alegre seria dotada, durante a epidemia, de três ambulâncias ou estações médicas, uma ficaria localizada no largo da Forca, outra no largo do Paraíso e outra na Ponta das Pedras do Riacho. Estas contariam com uma sala com quatro ou mais leitos, uma outra mobiliada para os médicos darem suas consultas e mais acomodações indispensáveis para os empregados, “*uma farmácia e um ou mais veículos de cômoda condução para os doentes, tudo conforme as exigências do serviço*”. Em termos de pessoal, estas ambulâncias ou estações médicas contariam com dois médicos, dois enfermeiros e

---

<sup>181</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855.

quatro serventes que se alternariam em turnos cobrindo vinte e quatro horas de serviço. Para este estudo, no entanto, chamam à atenção do pesquisador as prescrições dos artigos 5º e 6º da parte dedicada ao serviço das ambulâncias. Estes dizem o seguinte:

“Art. 5º – Ao chamado de qualquer doente acudirá o médico de quarto imediatamente, levando consigo enfermeiro, servente e todos os medicamentos destinados a combater a moléstia epidêmica, fazendo aplicá-las pelo enfermeiro, ou servente *se não houver na casa do enfermo pessoa habilitada*.”

Art. 6º – Se o doente não tiver meios e nem possibilidade de ser convenientemente tratado em sua casa será de rigor, depois de indispensáveis aplicações terapêuticas transportá-lo ao hospital em veículo. Se, porém, apesar de se pode tratar com esperança de bom êxito, quiser ser tratado no Hospital será conduzido como os necessitados pagando diariamente dois mil réis.”<sup>182</sup> (Os destaques são meus).

Uma primeira leitura destes dois artigos parece apontar para o fato de que a casa do enfermo, bem como as pessoas que o cercavam, eram espaço e fontes legítimas de tratamento em caso de doença. Contudo, se poderia objetar que tal regulamento teria por base um período de exceção, onde os locais de socorro médico estariam abarrotados e que deixar os doentes em suas casas seria uma forma de diminuir a pressão sobre as estações de tratamento. Mas, talvez, para que se pudesse acreditar completamente nessa hipótese seria necessário desconsiderar a segunda frase do artigo 6º, onde o regulamento diz claramente: “*Se, porém, apesar de se pode tratar com esperança de bom êxito, quiser ser tratado no Hospital(...)*”. Todavia, uma única frase não tem o poder de estabelecer conclusões que abarquem toda uma época. Assim sendo, este capítulo tem a intenção de apontar para o fato de que a epidemia de cólera de 1855 se estendeu sobre um mundo em que a vivência da enfermidade era, em muitos aspectos, diferente da experiência moderna. Com base na documentação pesquisada, minha tese sobre o cotidiano da enfermidade na época estudada é a de que: 1) esta era vivenciada de forma relacional no sentido de que envolvia nesta experiência todos os que estivessem próximos ao doente e de uma forma muito mais interativa que as formas modernas; 2) que o principal centro de cuidados e tratamentos da saúde era a casa dos doentes e que o tratamento hospitalar muitas vezes refletia uma condição de abandono ou de total miséria.

Nesse sentido, é preciso, primeiramente, compreender que os enfermos dos séculos anteriores ao XX não podem ser analisados a partir dos moldes da solitária

---

<sup>182</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855

figura do *paciente*, conformada pelo olhar da medicina acadêmica.<sup>183</sup> Ao contrário, doenças eram vividas, provavelmente muito mais do que hoje, de forma coletiva, incluindo no espaço de sofrimento do enfermo todos aqueles que com ele se relacionavam. Ao se analisar a documentação, se percebe o quanto era profunda e cotidiana a presença das inquietações com as dores e as moléstias, a necessidade de tratá-las ou de evitá-las, bem como o sofrimento gerado por elas. Esse aspecto é ainda mais patente em fontes diretas, isto é, produzida pelos próprios doentes e seus familiares, como cartas e testamentos, e em alguns testemunhos de processos-crime. Aí é possível encontrar claramente referências à dor, não apenas individual, mas aquela que ligava todos os membros de uma família ou grupo de relações sob o mesmo grau de incerteza e impotência. Era esse laço que fazia com que sofredor não fosse apenas o doente, mas também todos aqueles que a ele se ligavam.

Dessa forma, optei – apesar das dificuldades que o termo apresenta – por pensar os doentes dentro de uma categoria maior denominada: **sofredores** (*sufferers*). Tal categoria incluiria não apenas o doente, mas todo o seu grupo de relações – familiares, amigos, vizinhos, patrões, agregados –, todos àqueles que, de uma forma ou de outra, se viam ligados pela incerteza da enfermidade. O olhar sobre os *sofredores* – os enfermos e também suas famílias – foi proposto, inicialmente, pelo historiador inglês Roy Porter como forma de fazer uma inversão da compreensão dos processos que envolviam enfermidade e cura, por muito tempo, centrada, quase sempre, no olhar dos curadores, mormente dos médicos. A inclusão do ponto de vista dos *sofredores* nas análises históricas teria o papel de perceber como a cultura e a experiência se articulavam no recurso e significação das diversas terapias a que estes *sofredores* tinham acesso.<sup>184</sup>

Minha proposta é de que, ao se analisar as relações entre os que adoeciam e os que curavam, é necessário, antes de tudo, perceber a ambos como categorias plurais. No Brasil, diversos estudos sobre a história das práticas de cura têm demonstrado que a oferta dos curadores era bastante ampla, bem como parece ter sido comum aos enfermos recorrerem não somente apenas a um, mas a vários curadores ao mesmo tempo.<sup>185</sup>

---

<sup>183</sup> FOUCAULT, M. *Op cit.*, 1977.

<sup>184</sup> PORTER, R. *Op cit.*, 1985, p. 182.

<sup>185</sup> São diversos os autores que vêm trabalhando dentro desta perspectiva: SAMPAIO, G. *Nas Trincheiras da Cura*. As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1995; PIMENTA, T. S. Barbeiros-Sangradores (1808-28), in *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol.5, n. 2 jul./out. 1997; \_\_\_\_. *Op cit.*, 2003a; MARQUES, V. *A Natureza em Boiões*. Medicina e Boticários no Brasil Setecentista. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999; FIGUEIREDO, B. *A Arte de Curar*. Cirurgiões, médicos, boticários, curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de

Contudo, tal tratamento é ainda recente no que diz respeito à forma de encarar os *sofredores*. Mesmo Roy Porter, ao considerar esta categoria, deu mais atenção aos enfermos que às famílias que davam suporte às suas ações e, muitas vezes, às intermediavam junto aos curadores. Aqui, uma diferença importante é que os estudos de Roy Porter baseiam-se especialmente em cartas e diários produzidos pelos próprios doentes. Embora, no Brasil existam materiais semelhantes, eles não são, nem de longe, tão abundantes quanto àqueles de que se serve o historiador inglês.

A historiografia nacional, em geral, tem de se contentar com fontes não tão diretas. A vantagem, porém, é que os documentos a que temos acesso são amplamente reveladores das conexões que os enfermos possuíam com aqueles que os cercavam. A documentação que venho investigando desde o mestrado – em especial, os processos-crime e algumas cartas pessoais – para compreender as práticas de cura no Brasil do século XIX, tem sugerido uma compreensão bem específica da experiência da enfermidade. Os doentes, longe de estarem sozinhos, tinham suas ações intermediadas por todos aqueles que lhes eram próximos e preocupavam-se com o seu destino, um conjunto de atitudes que, em meu trabalho de mestrado, denominei de *escolhas do povo*.<sup>186</sup> Atualmente, tenho optado pelo uso do termo *sofredor* para uma categoria bem ampla na qual estão: os enfermos, suas famílias e também os grupos de relações nos quais os doentes estavam inseridos, como forma de entender como os tratamentos a uma determinada moléstia eram escolhidos ou rejeitados, quem chamava este ou aquele curador e por quê.

No caso do segundo ponto desse capítulo da tese, sobre o principal centro de cuidados e tratamentos da saúde ser a casa dos doentes, pode-se afirmar o seguinte: A presença de alguém (mesmo que sob o jugo da escravidão) que pudesse acompanhar e amparar as mazelas de um enfermo revestia-se de grande importância nesse período. Conforme demonstram os documentos que veremos adiante, tal fato era a garantia dos cuidados de saúde numa época em que o centro de tratamento e cuidados das moléstias tinha como foco principal de atuação a casa, o lar, e não quaisquer outros espaços. A casa do enfermo, assim como a família, ocupava um lugar central na cartografia

---

Janeiro, Vício de Leitura, 2002; SOARES, M. *A doença e a cura – saberes médicos e cultura popular na corte imperial*. Niterói, RJ, UFF, 1999 (Dissertação de Mestrado); WITTER, N. *Op cit.*, 2001. Um pequeno estudo sobre as conclusões destes autores acerca da história das práticas de cura no Brasil pede ser lido em WITTER, N. A. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfica sobre saúde, doença e cura. *Revista Tempo: Dossiê Saúde*. Rio de Janeiro: UFF, 2005.

<sup>186</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

terapêutica. Aí eram ministrados os cuidados domésticos e demandados os auxílios a outras formas de terapia. Não é raro encontrar na documentação, em especial nos processos-crime, quando se convocava algum curador para atuar como perito, aparecer justificativas do tipo “não encontrado por andar fora visitando seus doentes”, o que ilustra o fato de que mesmo a clínica dos agentes da cura se dava preferencialmente na casa dos enfermos.<sup>187</sup> Quando não possuíam escravos, familiares ou amigos que pudessem lhe dispensar cuidados, alguns doentes – caso tivessem recursos financeiros para isso – podiam contratar, em troca de dinheiro, benefícios ou casa e comida, um “enfermeiro”. Essa figura, longe de ter o significado profissional atual, era um cuidador que, muitas vezes, mudava-se para a casa do enfermo, aplicava-lhe remédios e o ajudava a seguir as prescrições dos curadores especializados. O que é exatamente o que parece indicar o artigo 5º do Regulamento das Ambulâncias, citado acima.

Assim, entender o cenário geral da vivência da enfermidade sobre o qual se desenrolou a epidemia de cólera de 1855 é, portanto, o objetivo deste capítulo, o qual será dividido em quatro partes. A primeira terá por objetivo debater e aprofundar dois conceitos básicos para a compreensão deste mundo: o de *sofredores* e o que se refere à questão dos recursos. Também analisarei brevemente os tipos de documentos que serão utilizados ao longo do capítulo. A segunda parte irá preocupar-se em construir a idéia da importância das preocupações com a saúde no cotidiano do século XIX. Meu objetivo aí será demonstrar que manutenção da saúde era uma questão vista com seriedade por parte dos homens e mulheres. Na terceira parte, tentarei compreender quais eram as concepções que informavam as formas como as inquietações com a saúde e a doença se apresentavam e que pretendiam preservar o corpo contra os males da doença. Trata-se de perceber o que era considerado prevenção, o que era considerado fortalecedor e o que poderia enfraquecer o indivíduo colocando-o à mercê das moléstias. Por fim, com base no que foi concluído, será possível, na quarta parte, distinguir as possibilidades que poderiam ser propostas para o amparo dos doentes e o papel da família no espaço de cuidado e tratamento que era a casa.

## **2.1. Dos sofredores e seus recursos**

Quando dei início a essa pesquisa, meu interesse era o de compreender, antes de tudo, as formas como as enfermidades eram vividas por aqueles que as sofriam na

---

<sup>187</sup> APRS – Cível e Crime: Processos – Santa Maria – Processo 943 (1866), M 25.

própria carne. Como eu tinha estudado – em minha pesquisa de mestrado – os curadores e mergulhado em sua imensa variedade durante o XIX<sup>188</sup>, achava necessário compreender, agora, o que constituía o outro lado dessa relação. Os termos para definir esse grupo pareciam inicialmente claros. Ou se poderia nomeá-los de *doentes / enfermos* ou se poderia denominá-los de *pacientes*. Contudo, algumas objeções começaram a aparecer na medida em que eu aprofundava as pesquisas. O termo *paciente* foi o que logo de início me pareceu mais problemático. Sob ele jaz uma carga forte de significados que remetem à medicina moderna, científica e triunfante do século XX, como sugere Foucault.<sup>189</sup> Por outro lado, o termo indica igualmente a figura de um enfermo que poucos poderes exerce sobre os tratamentos de seu próprio corpo. Ou seja, sua imagem refere-se bem mais a um tipo moderno de doente, aquele que, dentro de um hospital vai sendo destituído de sua capacidade de escolha em função de seu próprio desconhecimento sobre seus males e o funcionamento do próprio corpo. Seus medicamentos chegam em seringas sem nome que são esvaziadas em um tubo de soro e sobre as quais ele não pergunta ou questiona. O termo *paciente* sugere, portanto, alguém que foi destituído de todo o poder sobre o seu corpo, a sua doença e até mesmo a sua morte. Dessa figura, algo trágica, Borges faz um retrato fiel e triste em seu conto *O Sul*.

“Uma tarde, o médico habitual apresentou-se com um novo médico e conduziram-no a uma clínica da rua Equador (...) logo que chegou, despiram-no, raspam-lhe a cabeça, prenderam-no a uma maca, auscultaram-no e um homem mascarado cravou-lhe uma agulha no braço. (...) Nesses dias, Dahlmann odiou-se minuciosamente; odiou sua identidade, suas necessidades corporais, sua humilhação, a barba que eriçava o rosto. Sofreu com estoicismo os curativos, que eram muito dolorosos, porém, quando o cirurgião lhe disse que estivera a ponto de morrer de septicemia, Dahlmann pôs-se a chorar, condoído de seu destino”.<sup>190</sup>

O infeliz personagem de Borges traça sua fuga deste mundo, onde ele não é mais que um mero receptor, um *paciente*, e imagina-se viajando para sua estância no sul. Esta mesma imaginação, quando percebe a proximidade da morte, transfigura sua vil condição de sujeito na clínica para a de um sujeito que, embora fraco no uso das armas, ainda é dono de si o suficiente para aceitar um duelo e morrer “*em uma briga de faca, à céu aberto e atacando*”. Para o personagem de Borges, esta morte imaginada tem um gosto de libertação, de felicidade, de festa, um gosto que ele havia perdido em sua primeira noite na clínica, quando lhe aplicaram a injeção. Assim, preso a seu leito

---

<sup>188</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001, e \_\_\_\_\_. *Op cit.*, , 2005.

<sup>189</sup> FOUCAULT, M. *Op cit.*, 1977.

<sup>190</sup> BORGES, L. C. *O Sul*, in *Obras Completas*. Vol. I. (1923-1949). São Paulo: Globo, 1998, p.585.

de hospital e à beira da morte, ele escolhe sonhar morrer de outro jeito, morrer poderoso, dono do próprio destino, condição que aos *pacientes* é negada.

Os doentes que eu encontrava nos documentos, no entanto, não pareciam destituídos de poder sobre o seu corpo. Pelo contrário, eles pareciam ter liberdade em escolher a quem chamar para curá-los e que tipos de tratamentos seguir ou não seguir. Quando o ferreiro português Joaquim José Fernandes, morador na cidade de Porto Alegre, adoeceu em 1853, ele tomou as seguintes providências para garantir seu cuidado durante este período. Contratou, em troca de casa, comida e algum pagamento, a preta forra Maria Ifigênia da Conceição como sua enfermeira, que passou a morar em sua casa. Em seguida, fez um testamento no qual instituía um outro imigrante português, Manoel Machado Tolledo, como seu herdeiro. Este foi chamado pelo Cônsul de Portugal que o informou do benefício e lhe recomendou que passasse a cuidar muito bem de Fernandes em sua doença. Assim, Tolledo e Ifigênia passaram a ser responsáveis pelos cuidados e tratamentos de Fernandes, aplicando-lhe os remédios que o estado deste demandava. Entretanto, no processo-crime que se seguiu à morte de Fernandes, indiciados, testemunhas e médicos garantem que o enfermo ingeria não apenas os remédios receitados pelos médicos – dos quais, por vezes, desfazia – quanto os que o próprio doente julgava lhe serem salutares. O Dr. Manoel José de Campos, que vinha se ocupando da moléstia de Fernandes, refere que havia inclusive parado de atender aos constantes chamados do enfermo porque ele fazia apenas o que queria e não seguia as suas prescrições. E, de fato, o Dr. Campos foi o segundo médico a fazer isso.<sup>191</sup>

O mesmo tipo de escolha pode ser visto em outros casos da mesma época, como por exemplo, o que envolveu a doença de Dona Ana Joaquina Lessa. Esta já era uma senhora de idade, mas após ser desenganada por vários médicos e práticos e acreditando estar sendo vítima de feitiço, Dona Ana Joaquina escolheu ceder aos tratamentos do curandeiro Adão – a quem julgava poder curá-la – mesmo contra as opiniões de seus médicos e até de sua família, a quem ela convenceu a aceitar as ações do curandeiro.<sup>192</sup> Tanto neste caso quanto no anterior, todo o tratamento ocorreu dentro das casas dos doentes. Esse tipo de poder sobre os cuidados e tratamentos parece ter levado ainda

---

<sup>191</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M29, Ano 1853, N. 867. Ver também WITTER, N. Dos Cuidados e das Curas: a negociação das liberdades e as práticas de saúde entre escravos, senhores e libertos (Rio Grande do Sul, Século XIX). In *Revista História Unisinos*. Vol. 4, n. 2 (jul./dez.). São Leopoldo, RS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, 2006, pp. 14-25.

<sup>192</sup> *Idem*, APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano: 1850, N. 811.

muito tempo para ser eliminado, inclusive no interior dos hospitais. Beatriz Weber relata em seu estudo sobre a medicina no Rio Grande do Sul da República Velha o caso de uma interna da Santa Casa que, já em 1906, por conta própria, auto-receitava-se, alterava as dosagens de medicamentos e discutia com os médicos sobre a sua moléstia.<sup>193</sup>

Sendo assim, o termo *paciente* certamente não se enquadrava para nomear o grupo que eu pretendia estudar. Os termos que simplesmente designavam esse grupo como *doentes* ou *enfermos*, por outro lado, me pareciam limitadores, já que o doente raramente tomava essas decisões completamente sozinho. Isso me parecia ser assim desde a minha pesquisa anterior, quando estudei o caso da jovem Henriqueta cuja doença foi atribuída a uma propinação de veneno realizada por curandeira. Durante o período em que a jovem esteve doente, pude perceber a família inteira envolvida na intermediação entre sua moléstia e os tratamentos propostos pelos diversos curadores.<sup>194</sup> O caso da Dona Ana Joaquina também é bem significativo, pois várias das testemunhas afirmaram estar na casa para cuidar-lhe e muitas vezes afirmaram aplicar-lhe remédios e ir em busca de curadores.<sup>195</sup> Enquanto, que o ferreiro Fernandes, como não tinha ninguém para cuidá-lo, forjou com dinheiro um grupo dependente que se dispusesse a cuidá-lo, sem que ele precisasse ser arrebatado de sua casa e do convívio das pessoas. O fato é que “a doença tem ritos que unem o paciente ao seu círculo (...)”<sup>196</sup>, e ela, como a morte, era uma experiência a ser vivenciada coletivamente junto daqueles que formavam o grupo de relações do enfermo. Conforme comentou Norbert Elias em seu ensaio sobre a *solidão dos moribundos*, tendo por base os estudos desenvolvidos por Phillipe Ariès<sup>197</sup> sobre a doença e a morte:

“A doença, como a morte, ainda **tinha, por este período** (épocas anteriores ao século XX), **uma forma mais pública do que as que encontramos em nossos dias**. Existem inclusive quadros deste período que ainda revelam uma grande quantidade de pessoas em torno do leito dos enfermos e moribundos.”<sup>198</sup>

Assim, era necessário um termo que extrapolasse o doente e que demonstrasse que a enfermidade era vivida em conjunto pelo enfermo e por aqueles que se

---

<sup>193</sup> WEBER, B.T. *As Artes da Cura*. Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928. Bauru/SP; Santa Maria/RS: EDUSC; Editora da UFSM, 1999, p.153.

<sup>194</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

<sup>195</sup> O próprio curandeiro Adão foi indicado por um escravo da casa. APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27; N° 811; ANO: 1850 e WITTER, N. *Op cit.*, 2006, p.23.

<sup>196</sup> DELUMEAU, J. *Op cit.*, 1996.

<sup>197</sup> ARIÈS, P. *Op cit.*, 1988.

<sup>198</sup> ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001, p. 14.

preocupavam com o seu destino. Assim, optei por traduzir o termo proposto por Roy Porter: *sufferes*, o qual para este autor englobaria tanto o enfermo quanto a sua família, daí diversas vezes eu designar neste trabalho aqueles que procuravam a cura por este termo. Em situações mais genéricas, como nas representações sobre saúde pública, achei mais conveniente me utilizar de forma instrumental o termo *população*, designando àqueles que não participavam nem do governo, nem eram efetivamente curadores, mas também não estavam necessariamente na situação de *sofredores*.<sup>199</sup> Nos dois casos, o que se tem são recursos meramente lingüísticos. Sua leitura inclui e (deve) subentender uma realidade extremamente complexa, onde fatores étnicos, sociais, econômicos e políticos podiam ou não dar origem a grupos solidários que raramente comportavam-se como unidades fechadas em si. Mesmo a cidade, vista como um todo englobante das relações internas e externas de seus habitantes, somente pode ser compreendida como um sistema aberto e permeável a múltiplas influências.<sup>200</sup>

A presença das inquietações com as dores e as moléstias, a necessidade de tratá-las ou de evitá-las é tão perceptível na documentação quanto o sofrimento por elas gerado. Esse aspecto é mais patente nas fontes diretas, isto é, produzida pelos próprios doentes e seus familiares, e em alguns testemunhos de processos-crime. Aí é possível encontrar mais claramente a dor, não apenas individual, mas aquela que ligava todos os membros da família sob o mesmo grau de incerteza e impotência. É esse laço que faz com que *sofredor* não fosse apenas o doente, mas também todos aqueles que a ele se ligavam. É por isso que creio que quando se fala da relação entre o *sofredor* e o curador é necessário abandonarmos as categorias singulares e fechadas, em especial para períodos como o que estamos trabalhando. Falo de duplos como “médico-paciente”; “terapeuta-paciente”; “terapeuta-doente”; sendo provavelmente a primeira a mais

---

<sup>199</sup> Ilmar de Mattos em seu *Tempo Saquarema*, propõe algumas alternativas para se diferenciar os habitantes do Brasil do século XIX para além da tradicional dicotomia entre livres e escravos. Para o autor, a concepção de nação da “boa sociedade” passava pela distinção entre coisa e pessoa. “O Povo e a plebe eram pessoas, distinguindo-se dos escravos por serem livres. Todavia, Povo e plebe não eram iguais, nem entre si nem no interior de cada um dos seus mundos. À marca da liberdade que distinguiu a ambos dos escravos acrescentavam-se outras, que cumpriam o papel de reafirmar as diferenças na sociedade imperial, como o atributo racial, o grau de instrução, a propriedade de escravos e sobretudo os vínculos pessoais que cada qual conseguia estabelecer. E, dessa forma, a sociedade imprimia-se nos indivíduos que a compunham, distinguindo-os, hierarquizando-os e forçando-os a manter vínculos pessoais.” MATTOS, I. R. de. *O Tempo Saquarema*. São Paulo: Hucitec, 2004. Assim, mesmo que usando o temos população de forma englobante não se pode esquecer que este oculta uma realidade hierarquizada e compartimentada, mas, ao mesmo tempo unida pelas inúmeras redes formadas pelas relações sociais e suas interdependências.

<sup>200</sup> Ver sobre isso BARTH, F. *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. (Org. Tomke Lask) Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

anacrônica, pois é difícil ajustá-la a uma época em que não são apenas os médicos que tratam prioritariamente, e, como vimos, poucos doentes poderiam ser denominados de *pacientes*.

Edward Shorter, em seu verbete sobre o assunto na *Companyon Encyclopedia of History of Medicine* apresenta uma compreensão ampla do termo *doctor* (embora não faça as mesmas ressalvas para o termo *patient*), e aí inclui os outros tipos de curadores.<sup>201</sup> Não discutirei se na língua inglesa é possível se ter essa ampla acepção da palavra *doctor*, mesmo porque o termo *physician* é usado, no mais das vezes, no sentido de médico formal. A tradução, porém, é complicada. Na língua portuguesa, tanto “doutor” quanto “médico” são palavras que trazem em si uma forte carga simbólica e mesmo histórica, enquanto que o correlato “físico”, que começou a perder seu uso no início do Império brasileiro, já pouco aparece na época que se está estudando e hoje é quase desconhecido pelo público leigo. Por outro lado, pode-se mesmo dizer que esta denominação englobante (sob os termos “doutor” ou “médico”) é quase injusta para com a árdua luta travada pelos médicos pelo direito de serem os únicos a usar esses nomes e para se diferenciarem dos outros tipos de curadores. Daí a busca de uma palavra de conceituação mais neutra.

Dessa forma, minha proposta é que ao se analisar as relações entre os que adoecem e os que curam é necessário, antes de tudo, percebê-los como categorias plurais. Nesse sentido, meus argumentos são os seguintes: Primeiro, parece anacrônico submeter interpretação das relações de cura de épocas passadas à compreensão individual e individualizada que se tem das doenças hoje em dia. Segundo, porque trata-se de uma época em que a maior parte das relações se estabelecia a partir e por meio da família, logo não era num momento de aflição como o da doença que o enfermo se veria sozinho, a não ser em casos excepcionais. Por fim, conforme tem demonstrado a historiografia, era um costume bastante arraigado (o que não se limita ao Brasil) consultar diferentes tipos de curadores em caso de moléstia, mesmo que estes pertencessem a uma mesma formação, muitos destes, inclusive trocavam informações e discutiam entre si, e com os familiares, as terapias a serem utilizadas.<sup>202</sup> Assim, estamos diante de uma relação que era estabelecida entre **sofredores** e **curadores**, a qual apenas

---

<sup>201</sup> SHORTER, E. The history of the doctor-patient relationship, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit.*, 2002, p.783 – 800.

<sup>202</sup> AHRS – CG: M26 – 1855; MCSHJC – Jornal do Comércio (22.12.1848); WITTER, N. *Op cit.*, 2001; SOARES, M. *Op cit.*, 1999.

em casos terríveis (para o doente) e extraordinários era estabelecida de forma singular. Logo, entre os *curadores* incluímos os médicos formados e formais (licenciados, cirurgiões examinados, e outros), boticários, práticos e curandeiros em todos os seus matizes e diferenças.<sup>203</sup> Já por *sofredores* compreende-se o doente, seus parentes e amigos próximos, enfim todos os que se envolviam e se preocupavam com o a dor e o destino do enfermo.

Definido esses conceitos, é importante nos determos sobre a questão dos *recursos*. Quando propus analisar as relações entre saúde, doença e cura do ponto de vista dos *sofredores* desta parte do Brasil no século XIX foi, antes de tudo, sobre os *recursos* que os diferentes grupos sociais dispunham para amparar e auxiliar o trato de suas mazelas que me debrucei. Minha intenção era a de buscar *fazer aparecer*, por trás do que parece ser uma ausência, o conjunto das *estratégias sociais* e os *recursos* possíveis de se lançar mão num momento de aflição. Estes tinham, nesse mundo, um papel positivo e efetivo e não alternativo. Isto é, em nenhum momento busquei compreender as práticas de saúde dos *sofredores* como uma forma de ação alternativa à medicina oficial, mas como elementos componentes de um mesmo leque de possibilidades de ação. De fato, buscar determinar as formas prováveis de se enfrentar uma doença com que os *sofredores* podiam manejar neste contexto tem algumas implicações. Primeiro, se opõe a uma *lógica da falta*, na qual as práticas de saúde e cura de determinadas épocas são explicadas a partir da ausência de algo (médicos, remédios, serviços de saúde, etc).<sup>204</sup> Segundo, quer atestar ser a saúde e a doença uma fonte de preocupação cotidiana e não um acaso devido à “acidentes” particulares ou episódios de cataclismos epidêmicos. Além disso, a compreensão dos recursos e das formas como estes eram utilizados muito tem a nos dizer acerca das formas como o corpo, a doença e a cura eram entendidos pelos *sofredores*. A variedade de terapias e seus usos podem aparecer como um importante meio para se analisar o diálogo que se estabelecia entre curadores e *sofredores*, tanto na esfera privada, quanto nos debates públicos sobre os rumos a serem seguidos no saneamento da própria cidade.

Para se analisar a questão dos *recursos* é preciso, primeiramente, defini-los. Essa definição é tanto mais importante quando sabemos que por muito tempo os estudos feitos acerca das práticas de cura populares mantiveram a idéia de que a ampla atuação

---

<sup>203</sup> Sobre os diferentes tipos de curadores existentes no século XIX, ver WITTER, N. *Op cit*, 2001, Cap. 2.

<sup>204</sup> Sobre a lógica da falta nas análises em história da saúde, ver SOARES, M. *Op.cit*, 1999 ; WITTER, N. *Op cit*, 2001 e \_\_\_\_\_. *Op cit*, 2005.

dos curandeiros adviria da *falta* de médicos e que, em geral, a situação da população brasileira em termos de saúde tem sido primordialmente descrita em função da *falta de recursos*.<sup>205</sup> Logo, entendemos por **recursos de saúde** todos os saberes, agentes, solidariedades, reciprocidades e, por vezes, instituições, que poderiam ser acionados pelos *sofredores* nos momentos aflitivos da doença.

Cartas, diários e outros escritos pessoais são a prova de serem as questões de saúde uma presença constante no dia a dia dos sujeitos e grupos estudados, não como um conceito abstrato, mas na forma de ações positivas para evitar e enfrentar as moléstias que os atingiam. A tendência de se ver esta como uma preocupação própria de nossas sociedades hodiernas, onde a saúde foi medicalizada e mercantilizada<sup>206</sup>, tem sido bastante criticada. Georges Vigarello, por exemplo, opôs-se a isso escrevendo duas obras em que a prevenção, os cuidados com o corpo e a manutenção da vida por parte de mulheres e homens comuns ao longo da história aparece como tema principal.<sup>207</sup> Por outro lado, os trabalhos realizados por pesquisadores do folclore e mesmo as memórias dos cronistas de época aparecem inundados de cuidados seja de prevenção seja de tratamento de moléstias. Os Processos-crime são também uma fonte excepcional de informações. Casos em que aparecem curandeiros e médicos são bastante freqüentes, além disso, os processos ainda são ricos em elementos que nos apontam para as ligações entre os *sofredores*, suas escolhas e suas idéias sobre o corpo, a saúde e a doença. A leitura e a análise deste material serão, portanto, os meios pelos quais este capítulo pretende demonstrar as relações entre saúde, doença e cura a partir do ponto de vista dos *sofredores*.

## **2.2. “A saúde vale ouro”<sup>208</sup> : a importância do bem-estar no cotidiano do século XIX**

As fontes que permitem observar a importância das questões de saúde nos cálculos necessários à manutenção da sobrevivência são bastante extensas. Podemos classificá-las como sendo de dois tipos: as diretas e as indiretas. Considerarei, para efeitos desta pesquisa, como fontes diretas aquelas produzidas pelos agentes históricos em

---

<sup>205</sup> Idem a nota anterior

<sup>206</sup> CAPLAN, A. The concepts of health, illness and disease, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. (ed.s) *Op. cit.*, 2002, p. 233.

<sup>207</sup> VIGARELLO, G. *Op. cit.*, 1988 e \_\_\_\_\_. *História das Práticas de Saúde*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001. Ver também LINDEMANN, M. *Op. cit.*, 2000.

<sup>208</sup> Adágio popular do Rio Grande do Sul e, provavelmente, de muitos outros lugares: MARIANTE, H. M. *Medicina campeira e povoeira*. Porto Alegre: Martins Livreiro Editor, 1984, p. 115.

questão de próprio punho ou ditados a outrem. Podemos citar aqui cartas, como as trocadas pelos chefes farroupilhas (as quais seriam material suficiente para outra tese)<sup>209</sup>; diários da época, como o do Cel. Manoel Lucas de Oliveira escrito durante a guerra do Paraguai<sup>210</sup>; os Requerimentos feitos pela população ao presidente da província; testamento; além, é claro, das cartas trocadas por particulares em situações diversas.<sup>211</sup> O registro dos males e incômodos próprios e de parentes é tão comum entre esses autores que se poderia até pensar na existência de uma “fórmula” cortês, isto é, que tais informações “deveriam” constar nestes textos como questionamentos e informações polidas (“como vai a vossa saúde?” “vamos todos bem, obrigada!”). Não foi isso, no entanto, que encontrei.

Roy Porter e Geoges Vigarello são alguns dos autores que têm trabalhado com cartas e outros documentos particulares para investigar as questões de saúde. Suas obras têm se dedicado a historiar, respectivamente, os contextos da Inglaterra e França Modernas. Nenhum deles, no entanto, parece acreditar que os comentários sobre a saúde e a doença por eles encontrados pertencessem apenas a uma fórmula.<sup>212</sup> Pelo contrário, para esses autores é clara a importância com que aqueles escritores descreviam seus incômodos, dores, aflições e perdas. Em alguns casos, esses dois autores encontram quase um fetiche em torno da descrição das mazelas, longamente repetidas e analisadas na difícil busca das palavras ideais para descrever o sofrimento: “Em resumo, o senhor vê diante de si o mais desgraçado infeliz da face da terra”.<sup>213</sup>

Apesar da importância dada à saúde, estes letrados nem sempre estavam doentes, o que não parecia diminuir a quantidade das suas inquietações. Vigarello nota também que muitas das cartas eram dirigidas a médicos, entretanto, estes apareciam aí, na maioria das vezes, como consultores, isto é, como alguém com quem se discutia a moléstia e que dava conselhos, não prescrições. Tal fato também é apontado por Sheila

---

<sup>209</sup> Anais do AHRS – vol.s 3 a 12. (Coleção Varela).

<sup>210</sup> AHRS – DIÁRIO do Coronel Manoel Lucas de Oliveira – 1864/1865 / Arquivo Histórico do RS. – Porto Alegre: EST, 1997.

<sup>211</sup> AHRS – Fundo Requerimentos M85 a M95; AHRS – Fundo Arquivos Particulares.

<sup>212</sup> VIGARELLO, G. *Op cit*, 1988 e 2001; PORTER, R (org.). *Op cit.*, 2000; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1985. p. 175-198 (em especial, seus comentários sobre o diário de Samuel Pepys); \_\_\_\_\_. “Expressando sua enfermidade”: a linguagem da doença na Inglaterra Georgiana”, in BURKE, P. e PORTER, R. *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: UNESP, 1993, pp.365-394. \_\_\_\_\_. Pain and suffering, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit*, 2002, p.1574-1590. Um outro texto interessante sobre a linguagem da dor é a biografia escrita em meados do século XIX por uma inválida: MARTINEAU, Harriet. *Life in the Sick—room: essays by an Invalid (1854)*, citado e analisado neste último texto de Porter.

<sup>213</sup> Thomas Beddoes, médico inglês do século XVIII, citando a fala de um sofredor, in PORTER, R. *Op cit*, 1993., p. 372.

Rothman no seu estudo sobre os doentes de tuberculose nos EUA do século XIX.<sup>214</sup> Certos médicos europeus dos séculos XVIII e início do XIX chegaram a denominar os exageros deste fenômeno de “hipocondria” e viram neste um problema de saúde mental. Contudo, mesmo com os excessos, não podemos desprezar o lugar que as questões de saúde ocupavam nas preocupações destas pessoas.

Uma objeção para a utilização de uma documentação semelhante à analisada por Vigarello, Porter e Rothman, para ficar nos pesquisadores aqui citados, seria afirmar que seus autores eram, em sua maioria, pessoas cujas outras preocupações da vida eram “poucas”: aristocratas, burgueses ricos, senhoras entediadas, se comparados com outros grupos menos favorecidos, daí suas excessivas inquietações com a saúde. Tal objeção, contudo, não parece sustentar-se no caso da análise das cartas pessoais deixadas pelos habitantes do Rio Grande do Sul do século XIX. Um exemplo desta afirmação encontra-se no documento transcrito a seguir. O autor informa a um amigo sobre sua boa saúde, o que parece revestir-se de grande importância para os missivistas.

“Piratini, 7 de janeiro de 1843.

Mui respeitável Patrício e Amigo

Por se proporcionar portador para essa Capital não quero deixar de dar-vos notícias de minha saúde, que até o presente é boa, cujo bem desejo vos assista, e manifestar-vos haver feito viagem feliz (...).

Vosso Patrício e muito Amigo Vicente Lucas de Oliveira Junior

Ao Major Antonio Vicente da Fontoura”.<sup>215</sup> (Grifos meus)

Para os pouco familiarizados com a história do Rio Grande do Sul e da Revolução Farroupilha, os nomes dos dois amigos em questão pouco dizem. Para os gaúchos, em geral, é fácil reconhecê-los, talvez não pela história, mas pelas ruas a que dão nome. Aqui, basta saber que esta correspondência foi trocada entre dois jovens oficiais farroupilhas em pleno período de guerra e também de intrigas políticas. Mesmo assim, entre as diversas outras questões tratadas na carta e que eram de suma importância para o momento em que viviam, a primeira informação trocada entre os dois companheiros foi sobre a saúde. Um outro exemplo aparece em uma carta dirigida pelo capataz Francisco Pontes ao dono das terras nas quais trabalhava em 1866. Entre os

---

<sup>214</sup> ROTHMAN, S. *Living in the shadows of death*. Tuberculosis and the social experience of Illness in American History. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1995, especialmente o capítulo 10.

<sup>215</sup> AHRS – Arquivos Particulares: Cópias de documentos do Arquivo de Joaquim Francisco de Assis Brasil sobre a Revolução Farroupilha, p. 12.

assuntos que diziam respeito ao que se passava na fazenda, novamente a saúde aparece em destaque:

“Ilmo. Sr. João Lourenço. Muito hei de estimar que estas duas linhas **lhe vão achar no desfruto de uma perfeita saúde**, assim como também a minha ama. Pois meu amo nós **cá por ora vamos vivendo com saúde** conforme Deus é servido. Meu amo não quer a se esquecer nos dois Ferros de arados quera me mandar eles agora. Meu amo aqui me apareceu um negro, procurando Senhor que o comprasse eu por conhecer que ele não é mau negro por isso dou-lhe parte para ver se meu amo compra, que é o Joaquim que foi do Tenente Fernandes, até parece-me que minha o conhece, então se ele foi embora para casa do senhor ele que foi e ficou de vir no Domingo saber da resposta e a Mariquinha manda muitas recomendações a minha ama e manda agradecer o presente que minha ama mandou para o afilhado. E meu amo aceita muitas recomendações minhas e minha ama. Pinheiro, 30 de setembro de 1866. Deste seu criado e obrigado, [assinado] Francisco Pontes”.<sup>216</sup>(Grifos meus)

Se a boa saúde era notícia, as moléstias tinham também destaque e, nesses casos, era comum se descreverem seus sintomas, a gravidade, as opiniões dos entendidos consultados. Nas cartas-resposta, é comum encontrarmos além dos desejos de restabelecimento, uma ou outra receita. Isso é bem fácil de ser acompanhado tanto nas cartas trocadas entre os chefes farroupilhas e suas famílias, quanto em diários, como o do Coronel Manoel Lucas de Oliveira. Num documento muito significativo para exemplificar esta idéia, Domingos José de Almeida, ministro da fazenda da República Rio-grandense, em carta a esposa, D. Bernardina Barcellos de Almeida, pede que ela mande mais informações sobre a moléstia de um de seus filhos para que ele possa lhes enviar uma receita adequada.<sup>217</sup>

“Piratini, 23 de maio de 1838.

Querida Bernardina

Com a remessa dos cavalos ao Sr. Capitão Zeferino, ainda agora, três da tarde, é que posso despachar o José. Por ele remeto uma arroba de erva, e na primeira carreta que se ofereça para essa enviarei mais.

Vai também o remédio para o Epaminondas, a quem deverás aplicar banhos contínuos de malva, leite e água, e evitarás toda a comida e bebida carregada, como que não chore para provocar o sangue, etc... Quanto a Aristides se deve fazer o mesmo já recomendado, que não há de ser nada como espero em Deus. Não vão remédios para o filho de Mariana por não dizeres quais os sintomas da moléstia, enfim só uma carrada de paciência pode nos valer, etc., etc...

---

<sup>216</sup> APRS – 1º Cível e Crime – POA – Processos Crimes: Maço 133 / Nº. 3566 – 1866. Material gentilmente cedido pelo historiador Paulo Moreira.

<sup>217</sup> Esta e outras cartas semelhantes estão publicadas nos Anais do AHRS – vol.s 3 a 12. (Coleção Varela). Ver também, AHRS – DIÁRIO do Coronel Manoel Lucas de Oliveira, *Op cit*, 1997 (as anotações sobre a saúde dos parentes aparecem em todo o diário).

Manda-me sempre dizer como vão os meninos, a quem por mim abraçarás.  
Saudades a teus pais, Chiquinha, José Rodrigues, sua mulher, compadre Joaquim e  
sua mulher; e tu recebe o coração do

Teu

Almeida”.<sup>218</sup>

Aliás, o fato destes exemplos situarem-se em épocas bem espaçadas no tempo, décadas de 1830 e 40 no primeiro caso e década de 1860, no último, demonstram a continuidade desta preocupação e sua importância no cotidiano que estamos investigando.

Estas observações não se restringem a nossa região de análise. Para os meados do século XIX, tem-se, por exemplo, o diário da viscondessa de Arconzello, precioso documento privado que tem fornecido aos historiadores material para se conhecer o cotidiano das elites cafeeiras do Vale do Paraíba. Nele, a viscondessa anotava detalhadamente todos “os itens ligados à gerência da casa”: consumo, vendas, questões ligadas à produção do café, aos escravos, aos empregados, às dívidas, etc. Paralelamente, aparecem questões íntimas como as preocupações com a educação e, claro, com as doenças dos filhos. “*Em relação a si própria, só anota as poucas mazelas que a incomodam, principalmente as dores: ‘Eu tenho passado muito mal do meu estômago não sei como hei de viver sem poder comer nada’*”.<sup>219</sup>

No Rio Grande do Sul, um material significativo de informações sobre como a doença era percebida cotidianamente entre os círculos letrados e abastados aparece nas cartas trocadas entre os irmãos Antônio e José de Bittencourt Cidade. Os dois eram homens ricos e importantes no Rio Grande da segunda metade do século XIX e, pelo que se pode depreender dos textos, ambos percebiam as moléstias, antes de tudo, como um caso de família. Antônio era charqueador e comerciante em Porto Alegre e José possuía uma estância no município de Alegrete<sup>220</sup>, mesmo vivendo afastados por uma considerável distância os irmãos mantinham uma correspondência frequente, onde falavam sobre negócios, acertavam as diligências a serem tomadas em prol da família e

---

<sup>218</sup> ANAIS do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (Coleção Varella). Vol. 2. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 1978, p. 207-208.

<sup>219</sup> MAUAD, A. M. Imagem e auto-imagem do segundo reinado, in ALENCASTRO, L. F. de (org.). *História da Vida Privada no Brasil*, vol. 2, São Paulo: Cia. das Letras, 1997, p. 214 a 216. O diário encontra-se no Museu Imperial de Petrópolis.

<sup>220</sup> Alegrete era e é um município do extremo oeste do Rio Grande do Sul, próximo à fronteira com a Argentina. Ver o mapa no Anexo 1, p. 296.

sobre a saúde e os “incômodos” próprios ou dos entes queridos. Em princípios de 1859, em duas destas cartas, entre negócios de venda de charque, gado e couros, informa Antônio:

**1ª Carta** – “(...) Guardei-me para lhe escrever no último dia da estada do primo Maneco, e estou hoje tão incomodado que nada mais posso dizer. Passei a noite quase sem dormir; estou com um hospital em casa. Já não falarei nas moléstias de meus 2 escravos, mas na da nossa sobrinha Malvina, filha de Rita, que vindo a quase dois meses da roça, um pouco doente, está agora coberta de cáusticos por causa de uma pneumonia aguada, que a tem posto em grande perigo de vida, **é da opinião geral, e dos Médicos**, é que não se livra de uma tísica para penar mais. Veja como terei passado (...)”. 26.01.1859.

**2ª Carta** – “(...) agora o faço acusando a recepção da (carta) de 9 de Fevereiro passado, a qual com mágoa li por você dizer-me que sua saúde não era boa, e por conhecer eu que seu espírito, sempre forte, se achava então abatido julgando difícil que eu aí vá durante a sua vida como se ela fosse muito curta. Felizmente nosso responsável amigo Feliciano Fortes, portador desta, e com quem tive o gosto de conversar a seu respeito, me disse que sua saúde já era melhor, posto que não de todo boa. Muito estimarei que você no receber desta já esteja restabelecido que só se lembre de viver, e que nutra como eu a esperança de ainda passarmos juntos alguns meses, pois deve ter calculado que a minha estada no Banco não pode ir além de 2 meses.

Cumpre-me o triste dever de lhe comunicar que nossa sobrinha Malvina, cujo estado já era desesperador quando lhe escrevi pelo primo Maneco, faleceu no dia 9 do corrente dessa tísica que na carta chamei-o de – galope – ! Com efeito, era a mais robusta e sadia das irmãs, em 5 ou 6 meses sucumbiu à terrível enfermidade. Sem que lhe valesse a homeopatia que lhe foi afeita, por mais de 3 meses, nem a alopatia por 2 meses, e que só serviu para martirizá-la. Dorme, pois, o sono da eternidade, e descansa não dos trabalhos da vida, que ainda não tinha começado, mas dos penosíssimos padecimentos dessa cruel enfermidade.

Sei que sua Ritoca vai indo menos mal; entretanto não posso dizer o mesmo de nossa prima Rita Rangel; que depois de ter usado e sem proveito de alguns remédios do Dr. Abreu que chegou do RJ, achou melhor ir para Santo Amaro e por lá anda pelas estâncias dos parentes e dizem que com algumas melhoras, vai indo devagar, boa não pode ficar.”<sup>221</sup>(Grifo meu)

A longa citação se justifica pela enorme riqueza dessa correspondência em suas informações para o historiador. A primeira das cartas é menos trágica, vai enumerando os incômodos cotidianos ao mesmo tempo em que demonstra o papel do pai-senhor diante das enfermidades daqueles sob sua responsabilidade: parentes, escravos. O sofrimento não reside apenas em quem adoce, ele é vivido de forma conjunta por todos os que estão ligados por algum tipo de laço àquela família. Dos mais aos menos incomodados, todos são *sofredores*.

---

<sup>221</sup> APRS – Cartório cível (cível e crime) – Alegrete. Ano: 1860 – Inventários. Autos n.º 41, Maço 2, Estante 11. Inventariando: José de Bithencourt Cidade – Inventariante: Maria Penna Dornelles.

Por outro lado, e aqui se tem um aspecto que merece atenção, parece não haver um dualismo intransponível entre a saúde e a doença.<sup>222</sup> De fato o que se pode ler aí é um aparentemente contínuo que vai das sensações de estar incomodado, “amolado”, ter achaques, um pouco doente ou padecer de uma terrível moléstia.<sup>223</sup> Uma chave para esta compreensão está na descrição da evolução da doença de Malvina: chegou da roça um “*pouco doente*”, estado que evoluiu para uma “*epidemia aguada*” e que *preunciava* uma tísica que deveria acompanhá-la para o resto da vida, conforme a “*opinião geral, e dos Médicos*”, o que atesta a diversidade daqueles que haviam assistido a menina. Por fim, a jovem não resistiu, apesar de ser “(*...*) *a mais robusta e sadia das irmãs (...)*”. Na evolução dos mal-estares para enfermidades, Antonio parece julgar ser a “*força do espírito*” e a recusa de se entregar ao abatimento provocado pelos incômodos físicos uma forma de evitar a perda da saúde. Daí a “*mágoa*” com que diz ter lido a carta em que o irmão parecia resignar-se à doença e à morte.<sup>224</sup>

A evolução de uma doença para outra e de um mal-estar para uma doença, dependendo da disposição daquele que estava ameaçado, é um traço que aparece tanto na cultura médica da época como em interpretações leigas da ação das moléstias. Afinal, os “médicos” (e foram mais de um) consultados por Antônio afirmaram que mesmo que Malvina se recuperasse da pneumonia, da tísica ela não escapava. Essa idéia de continuidade entre mal-estar e enfermidade também aparece comumente entre os médicos que avaliaram e buscaram enfrentar a epidemia de cólera em Porto Alegre, quatro anos antes de a jovem Malvina sucumbir.<sup>225</sup> A própria narrativa dos enfermos parece levar neste caminho de historicizar a doença como algo que se começou a sentir de forma leve, pouco grave, e que evoluiu para um estado de penoso padecer, como bem nota Porter em seu estudo sobre as linguagens pelas quais se expressava a

---

<sup>222</sup> VIGARELLO, G. O corpo inscrito na História: imagens de um ‘arquivo vivo’, Apresentação, entrevista e tradução: Denise Bernuzzi e Sant’Anna, *Projeto História*, São Paulo, (21), nov. 2000, p. 226.

<sup>223</sup> Sobre os conceitos de doença, ver HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998; PORTER, R. O que é Doença?, in PORTER, R (org.). *Op cit*, 2000.

<sup>224</sup> O abatimento do moral do enfermo e mesmo dos sãos como agravador dos estados doentios tem uma longa tradição na literatura e na ação médica, pode-se percebê-lo tanto na teoria da “constituição epidêmica” como nas práticas dos clínicos que, por exemplo, condenavam o dobre de sinos durante as epidemias, pois estes lembravam aos vivos a presença da morte e os deixava mais suscetíveis a ação da epidemia. AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 (1855); ANRJ – Maços sobre Saúde Pública: IS4-24, Ministério do Império / Junta Central de Higiene Pública, ofícios e documentos diversos, 1854-6.

<sup>225</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 (1855). Os médicos revelam ao presidente sua apreensão que casos de diarreia e “colerina” pudessem evoluir para o cólera, conforme veremos com mais detalhe a diante no capítulo 4. Ver também Doc: Of datado do Hospital militar de Rio Grande, 24/1/1841, de Bernardo Machado da Cunha ao Marechal Comandante Militar Gaspar Francisco Menna Barreto AHRS, AM, L 188, M 001.

enfermidade.<sup>226</sup> Por outro lado, uma narrativa onde a queda do enfermo fosse excessivamente abrupta poderia sugerir que uma outra origem para o mal: o curso de uma epidemia, um feitiço, ou um mau olhado.<sup>227</sup>

É certo que havia uma diferença sensível entre estar saudável e estar doente, e, talvez, uma diferença igualmente pronunciada entre estar doente – como os dois escravos, ou o próprio Antônio em seus incômodos, ou como este quer acreditar ser o estado de seu irmão – e ser doente – estado alcançado por Malvina, antes da morte, e pela prima Rita “*que depois de ter usado e sem proveito de alguns remédios do Dr. Abreu que chegou do RJ, achou melhor ir para Santo Amaro e por lá anda pelas estâncias dos parentes e dizem que com algumas melhoras, vai indo devagar, boa não pode ficar*”. Por outro lado, é possível perceber nas palavras de Antônio e em outros textos semelhantes que haviam estados intermediários entre esses pólos, os quais poderiam, por vezes, atuar como “continentes distintos”<sup>228</sup> (ser saudável ou enfermo durante uma epidemia, por exemplo), e, outras vezes, numa seqüência de temores, perigos e resguardos. O corpo perturbado poderia constituir-se numa porta aberta para outros males. Nesse sentido, os temores de Antônio a respeito do irmão parecem não terem sido infundados. Não podemos saber se os dois chegaram a se reencontrar, mas sabemos que a saúde de José não melhorou, e ele acabou morrendo, naquele mesmo ano de 1859 (as cartas acima constam em seu inventário, em razão dos acertos econômicos nelas tratados).

Incômodos, mal-estares (no Rio Grande do Sul é costume dizer, ainda hoje, “estar amolado”) e mesmo os “achques” parecem ter tido características mais vagas do que moléstias que podiam ser nomeadas a partir de determinados sintomas. Isso também ocorria pelo fato de que, por vezes, os mal-estares não pareciam ter sintomas muito definidos: um aperto no coração, uma dificuldade em conciliar o sono, ou em urinar, uma dor que “caminha”. Aqueles que tinham incômodos podiam não chegar a *estar* enfermos, como Antônio de Bittencourt Cidade (que já tinha dificuldades em dormir), mas certamente não se encontravam totalmente saudáveis e embora cumprissem seus afazeres, o faziam mais penosamente do que os que possuíam a “dádiva da saúde”. Às vezes, os incômodos podiam ser localizados pelos sofredores em um determinado

---

<sup>226</sup> PORTER, R. *Op cit*, 1993, p. 365.

<sup>227</sup> WITTER, N. *Op cit*, 2001; SOUZA, L. de M. e. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*, São Paulo: Cia. das Letras, 1991; PORTER, R. *Op cit*, 2000, p. 102.

<sup>228</sup> VIGARELLO, G. *Op cit*, 2000, p. 226.

órgão: na bexiga, quando havia problemas relacionados à urina; no estômago, quando relacionados à digestão; ou nos intestinos quando relacionados às evacuações e flatulências.<sup>229</sup> Nesses casos, os incômodos podiam mesmo ser colocados, pelos sofredores, como obstáculos a determinadas agências que lhes eram exigidas. Isso, aliás, é bem comum nos Requerimentos, onde são inúmeros os pedidos de dispensa do serviço militar em função de incômodos gerais da saúde, tanto quanto de moléstias reconhecidas.<sup>230</sup>

É necessário, certamente, ressaltar que a análise destes textos particulares é de problemática generalização, pois o conhecimento das letras era ainda um fenômeno raro para a sociedade estudada. Assim, para que não se extrapole os limites de documentos como estes, é necessário comparar suas informações com outros e daí buscar perceber suas intersecções e diferenças. Aqui temos, então, um segundo tipo de fontes que podem dar conta em informar sobre estas preocupações entre os não-letrados. Estas, as quais nomeei instrumentalmente de indiretas, aparecem principalmente nos testemunhos de processos-crime e, algumas vezes, nas descrições de cronistas e viajantes.<sup>231</sup> Uma outra fonte, neste sentido, são as pesquisas levadas a cabo por folcloristas que se dedicaram a estudar as terapias, receitas e cuidados prescritos pela “cultura tradicional”.<sup>232</sup>

“História dispersa, enfim, heterogênea, como esta história da manutenção do corpo, tais são as diferentes práticas que ela leva em conta, tão variadas e esmiuçadas são, as inquietações que contém. Os preceitos tradicionais sobre os modos de prolongar a vida são largamente sensíveis ao detalhe, sublinhando, por exemplo, até a minúcia mil gestos aparentemente sem relação, entre eles: escolha de alimentos, vigilância dos odores, do ar, dos climas, a atenção sobre as atividades durante o sono, curiosidade sobre os efeitos do calor, do frio, dos espirros ou mesmo dos bocejos”.<sup>233</sup>

Um dos lugares em que se pode perceber a preocupação cotidiana com a saúde e a presença da doença vem justamente do grupo mais subjugado na hierarquia social do país. Os escravos. Contudo, ao observá-los ocupando o papel de *sufredores* não se pode

---

<sup>229</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p.35.

<sup>230</sup> AHRS – Fundo Requerimentos: M85 a M95.

<sup>231</sup> Ver WITTER, N. *Op cit.*, 2001; MOREIRA, P. S. *Os Cativos e os Homens de Bem*. Experiências negras no espaço urbano. Porto Alegre: EST Edições, 2003; PORTO ALEGRE, A. *Através do Passado*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1920; \_\_\_\_\_. *O Jardim das Saudades*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1921; \_\_\_\_\_. *Op. cit.*, 1994; CORUJA, A. A. P. *Antiquilhas*. Porto Alegre: Unidade Editorial, 1993.

<sup>232</sup> É o caso de MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1994; MEYER, A. *Guia do Folclore Gaúcho*. RJ: Gráfica Editora Aurora, 1951; PAZ, H. Remédios, in ALMANAQUE do Correio do Povo, Porto Alegre, 1964; SAPALDING, W. *Na Voz do Povo*. Porto Alegre/ Caxias do Sul: EST/ Martins Livreiro /Ed. UCS, 1976; LAYTANO, D. de. *Folclore do Rio Grande do Sul: levantamento dos costumes e tradições gaúchas*. 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; Porto Alegre: ESTSLB, Nova Dimensão, 1987.

<sup>233</sup> VIGARELLO, G. *Op cit.*, 2001, p. 10.

esquecer de que qualquer análise dessa condição passa necessariamente pela avaliação de sua relação com os seus senhores. É certo, entretanto, que a posição ocupada pelos senhores junto a este grupo nas questões que envolviam saúde e enfermidade era dúbia, quando não, conflituosa. Primeiro, porque aqueles poderiam ser a própria causa da moléstia ou do mal-estar de seus escravos (em muitos casos, mesmo indiretamente), em suma, de seus sofrimentos. Segundo, porque o tratamento das moléstias dos cativos era uma obrigação econômica que o tempo, a necessidade de controle sobre o plantel, e o medo das revoltas da escravaria havia tornado quase uma regra aos que queriam ser vistos como “bons senhores” e que, muitas vezes, figurou nas exigências dos escravos.<sup>234</sup> De fato, partindo do ponto de vista dos senhores, tem-se aí o amplo espaço assumido pela dimensão política, e não apenas econômica, que, como sugerem Manolo Florentino e José Roberto Góes, deve ser incluída nas análises sobre o tratamento dos cativos.<sup>235</sup> Para estes autores, provavelmente, “*existia em cada escravo idéias claras, baseadas nos costumes e conquistas individuais, do que seria, digamos, uma dominação aceitável*”.<sup>236</sup> A quebra destes compromissos poderia ocasionar revoltas, fugas ou outras retaliações. Como afirma Hebe Mattos:

“Lograr espaços de autonomia ampliados dentro do cativeiro significava, antes de mais nada, afastar-se daquela condição primeira que definiria o escravo: a total ausência de prerrogativas. Mesmo na visão cristã de Benci e Antonil, os deveres senhoriais eram decorrências de exigências morais de sua consciência cristã e também busca otimizar a produtividade e o tempo de vida útil do cativo, e não de qualquer prerrogativa ou direito do escravo que se definiria exatamente pela ausência destes atributos”.<sup>237</sup>

No caso do Rio Grande do Sul, uma referência representativa neste sentido aparece no estudo de Paulo Moreira sobre as experiências negras na região de Porto Alegre:

“Em 1872, após raptar, por ciúmes, a parda Joana e seus três filhos, o escravo Fidélis foi interceptado por dois cativos com os quais brigou, acabando por ferir mortalmente um deles. Interrogado pelo Inspetor de Quarteirão disse: ‘[...] **que seu senhor era o culpado deste atentado, pois que há muito tempo andava doente, e que quando pedia remédio a seu senhor, o senhor respondia-lhe que fosse tomar remédio no**

---

<sup>234</sup> REIS, J. J. e SILVA, E. *Negociação e conflito. A resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989; MOREIRA, P. S. *Op cit.*, 2003.

<sup>235</sup> FLORENTINO, M. e GÓES, J. R. *A Paz nas Senzalas*. Famílias escravas e tráfico atlântico, Rio de Janeiro, c. 1790 – c. 1850. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997, p. 30.

<sup>236</sup> REIS, J. J. e SILVA, E. *Op cit.*, 1989, p. 67.

<sup>237</sup> MATTOS, H. M. *Das Cores do Silêncio*. Os significados da Liberdade no Sudeste Escravista – Brasil, séc. XIX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998, p. 155.

**inferno**, ele Fidélis pedindo-lhe carta para procurar senhor, respondendo ele senhor que fosse embora pois que queria dinheiro”.<sup>238</sup> (Grifo meu.)

Parece claro que, para Fidélis, o senhor não apenas tinha a obrigação de tratar suas moléstias, como ele não se furta em usar isso para diminuir sua culpa e atribuí-la ao descaso do amo. Logo, se por um lado encontramos diversas referências em que os senhores são aconselhados a preservar seu investimento (o escravo em si) ao mesmo tempo em que o controlam através do cuidado de seus males físicos<sup>239</sup>, por outro, é possível perceber que os cativos compreendiam e jogavam com essas atribuições. Tais elementos não permitem que se incluam os senhores – mesmo que estes compusessem o grupo de relações – diretamente na categoria dos *sofredores* quando os enfermos eram os seus cativos. Na verdade, trata-se de uma relação difícil de ser categorizada. Por vezes, a preocupação com o destino do escravo – fosse por razões econômicas ou por algum afeto – poderia ser interpretada colocando lado a lado estes e seus senhores na busca da solução de um problema que se tornava comum. Fato que é atestado, especialmente, pelas contas existentes nos inventários *post mortem* em que aparecem, frequentemente, gastos com curas e remédios para os escravos.<sup>240</sup>

Havia vezes em que os senhores podiam atuar como curadores – em especial através do uso dos manuais de medicina doméstica, tão comuns no século XIX<sup>241</sup> – e outras em que podiam afastar-se da questão por razões múltiplas: ódios recolhidos, julgar que o escravo simulava, ou achar que sua cura não valia o investimento. Nestes casos, a alforria aparecia como uma das soluções possíveis para os senhores que queriam livrar-se de gastos e incômodos que consideravam inúteis ou das sanções da “boa sociedade” por não cumprir com a “obrigação moral” de tratar das mazelas daqueles sob seu jugo.

As crenças sobre a preservação do corpo aparecem em fontes mais dispersas, onde podemos encontrar elementos sobre a cultura alimentar e os resguardos que se

---

<sup>238</sup> MOREIRA, P. A. *Op cit.*, 2003, p. 48.

<sup>239</sup> É o que aparece, por exemplo, nas Instruções, escritas de 1832, dadas ao Sr. João Fernandes da Silva, capataz da Estância da Muzica, pelo proprietário da mesma, o Conde de Piratini, em seu artigo 13. Outro exemplo é o *Manual do Fazendeiro ou Tratado Doméstico sobre as enfermidades dos Negros, generalizado às necessidades Médicas de todas as classes*, obra cuja segunda edição é de 1839 e foi escrita por I. B. A. Imbert. Ver CESAR, G. (org). *O Conde de Piratini e a Estância da Música*. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 1978.

<sup>240</sup> Como, por exemplo, os dados que encontramos nos inventários de alguns estancieiros e suas esposas. Ver: APRS – Cartório de Órfãos e Ausentes: Alegrete – M8, n° 111 (1852) e 118 (1853). Estas referências me foram cedidas por Luís Augusto Farinatti.

<sup>241</sup> GUIMARÃES, M. R. C. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império, in *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n.2, Rio de Janeiro, maio/ago., 2005.

deveria respeitar para manter a saúde. Mas a quantidade de ditos populares, receitas ancestrais e fórmulas de evitação atesta a forte presença da preocupação com a saúde na cultura popular. Como foi visto no capítulo anterior elementos como a referência ao uso excessivo de purgantes e de remédios sem controle – como reclamou o Dr. Ubatuba, Presidente da Comissão de Higiene Pública – é um dos indícios claros da forma como a população agia. Ou seja, à forma como as práticas de saúde e a preocupação com a preservação do corpo eram elementos presentes e cotidianos. Por outro lado, os viajantes estrangeiros são unânimes em afirmar que não havia casa de cirurgião-barbeiro que estivesse vazia e anotam a sua presença em Porto Alegre como as notaram no resto do Brasil. Nos jornais, as propagandas de remédios, tônicos, elixires, xaropes, muitos dos quais tendo tão somente a característica de serem reconstituidores e fortalecedores, também eram muito freqüentes.

Informações como estas apontam para o fato de que não era apenas quando as moléstias se declaravam que a preocupação com a preservação do corpo aparecia. A possibilidade da doença era um cálculo necessário para as agências da vida e evitá-la era uma preocupação cotidiana. Adiante veremos quais as crenças que cercavam a relação dos sujeitos estudados com o próprio corpo e as formas como estas eram incorporadas nas práticas cotidianas.

A diversidade de fontes consultadas contribuiu muitas vezes, ao longo desta pesquisa para complexificar ainda mais a análise dos *sofredores*. Embora, ao se levar em conta o que foi celebrizado pela chamada cultura popular em termos de saúde, se possa ter a impressão de que tais práticas constituíam uma unidade, um “equilíbrio relativo”, deve-se ter em mente que essa impressão é, provavelmente, falsa. Longe de encontrar aí concepções homogêneas, o mais certo é que a existência da preocupação com as questões de saúde tenha assumido diversas formas nos fazeres, nas estratégias e nas visões de mundo dos diferentes grupos sociais. Entretanto, é apenas na diversidade das ações que se pode reconstruir aquilo que não é perceptível: a heterogeneidade das possibilidades de agir; as escolhas efetuadas a partir dos diferentes lugares em que se situam os atores; as incertezas e medos e seu papel na adoção e na rejeição de determinados procedimentos, terapias, curadores, etc.<sup>242</sup> Pesquisar e elaborar um renque de todas essas formas possíveis de percepção, no entanto, seria tema de um trabalho

---

<sup>242</sup> LEVI, G. *A Herança Imaterial*. Trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, p. 45.

intenso e que se servisse de outras chaves metodológicas que fogem ao escopo de primeira aproximação do tema nesta época e região que é a intenção deste trabalho. Acredito que, no futuro, se possa dar mais atenção às práticas de saúde dos grupos social, étnica e economicamente heterogêneos que aí viviam. Ferramentas como a antropologia histórica e a micro-análise de cada um destes, em separado, poderão fornecer informações qualificadas para que se possa reconhecer a variedade de formas de agir em termos de saúde no século XIX.

Assim, a possibilidade de adoecer se inscrevia numa compreensão de mundo que tanto percebia sua cotidianidade, quanto, dentro desta, caracterizava o que era normal e o que não era. Porém, esta classificação provavelmente comportava matizes diversos dos que conhecemos, na separação entre estas duas categorias. Afinal, era normal criança ter “sapinho”, ou “soluço”; era normal resfriar-se no inverno; era normal velho ter “dor nos ossos”. Estar normal era estar saudável? Como, neste momento, não estou tratando de concepções médicas ou acadêmico-científicas sobre saúde e doença, não me parece que, nas interpretações e práticas dos *sofredores* estudados a normalidade tivesse esta conotação. Isso não quer dizer, é claro, que não houvessem estados doentios que fossem considerados anormais aos quais correspondiam outros significados e mesmo atitudes. E, para exemplificar estes dois casos, retorno às cartas trocadas pelos irmãos Bittencourt Cidade.<sup>243</sup> Porém, são sobre estes males possíveis (a que todos estavam sujeitos), a esta abertura do corpo ao mal físico, que se pretendeu desenvolver toda uma série de práticas de resguardos diversos – desde os alimentares até os que se relacionavam com o ambiente e o tempo atmosférico. “*Livra-te dos ares, que eu te livrarei dos males*”, diz o adágio popular na região.<sup>244</sup>

Como se pôde perceber a compreensão da cotidianidade das preocupações com a saúde é mais fugidia entre aqueles grupos que não dominavam a escrita. Entretanto, é justamente destes setores da sociedade que a chamada sabedoria tradicional parece guardar o maior número de preceitos que dizem respeito aos resguardos e cuidados a serem tomados tanto pelos “saudáveis” quanto pelos “incomodados” e “doentes”. As pesquisas feitas por folcloristas e mesmo a leitura das anotações de viajantes e

---

<sup>243</sup> Como exemplo dos incômodos que se inscreviam na normalidade da vida, novamente uma carta de Domingos José de Almeida à sua esposa Bernardina. “Piratini, 26 de julho de 1838. Querida Bernardina. Já me tardam notícias tuas e vindas de nossos filhos; Deus queira não seja isso por inconvenientes de saúde. **Da cabeça vou pouco melhor; porém de leicenças e sarnas bastante incomodado e é mesmo o que me faltava.** Lembranças a todos os nossos, abraços a nossos filhos e tu recebe o coração do teu Almeida.” ANAIS do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul. *Op cit.*, 1978, p. 209.

<sup>244</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 115.

memorialistas nos fornecem o material necessário para comprovar a presença das inquietações acerca do corpo e das crenças que estas acarretavam de uma forma bastante generalizada na sociedade em questão. É esse universo que vamos explorar um pouco a seguir.

### **2.3. “Em casa onde o sol entra, médico não passa na porta”<sup>245</sup>: as concepções de saúde em meados do século XIX**

Seria possível determinar, numa população tão heterogênea quanto a que se está trabalhando, quais eram as concepções de corpo, saúde e doença em que estes baseavam as suas práticas de cura? Afinal, entre os diferentes grupos de luso-brasileiros, imigrantes alemães e de outras partes do hemisfério norte, africanos (em sua miríade de etnias), afro-descendentes ou indígenas que habitavam a Porto Alegre de meados do século XIX haveria a possibilidade de se examinar em cada um os traços culturais que influenciavam as suas escolhas? Ou haveríamos de nos contentar em fornecer um painel geral, tratando os “gaúchos” como um grupo mais ou menos coeso onde “sobre uma forte base de tradição portuguesa” se poderia distinguir diferentes tradições imigrantes<sup>246</sup> que àquela se misturaram de forma pouco mais, ou menos, clara conforme o espaço e o tempo de convivência? Destas possibilidades, talvez a mais coerente fosse narrar estas diferenças a partir da feitura de uma antropologia histórica destes grupos. Embora válida e mesmo necessária, creio que para o âmbito deste estudo, além de sua amplitude, tal abordagem poderia acarretar pelo menos dois perigos. Primeiro, a suposição da não mistura destas crenças, ou de que estas adviriam de um substrato puro o qual seria possível descrever; e, segundo, a compartimentalização da população em subgrupos étnico-culturais, o que poderia acabar assumindo uma forma explicativa, isto é, a dedução de que este ou aquele sujeito agiria de tal maneira por ser crioulo, luso-brasileiro ou alemão.

Assim, no atual estágio das pesquisas sobre o assunto nesta região, o que pode ser feito para que se tornem compreensíveis as diferentes concepções de corpo, saúde e doença daquela sociedade é, dentro dos limites que propomos, estabelecer alguns traços genéricos pelos quais, ao longo de sua história os grupos que aqui vieram a viver se identificaram e/ou quiseram ser identificados. E, em seguida, nos concentrarmos nos

---

<sup>245</sup> *Idem*, p. 115.

<sup>246</sup> Postura defendida pela maioria dos folcloristas gaúchos.

recursos disponíveis para o enfrentamento das doenças e nas práticas e escolhas a estes relacionadas. É possível dizer que, mesmo sem constituir uma unanimidade ou uma linha geral de conduta, existem aspectos que se podem distinguir por comporem a maior parte das descrições que eram feitas sobre as populações que aqui viviam. Como fontes destes termos, principalmente, os textos escritos por cronistas, viajantes e alguns residentes, mas também alguns documentos oficiais que parecem corroborar a amplitude de determinadas crenças, como veremos adiante.

Muitos dos costumes relatados são reconhecíveis por terem sido incorporados a um conjunto de crenças e hábitos que foi nomeado, em especial pelos folcloristas, de “tradição”. Foi sobre estas “tradições”, amalgamadas entre o fim do século XIX e as primeiras décadas do século XX, que boa parte do que se diz sobre a “cultura gaúcha” e muito dos traços que os rio-grandenses gostam de atribuir a si mesmos foram criados.<sup>247</sup> Isso faz com que, ao reconhecer a existência destes aspectos, se tenha a obrigação de fazer algumas observações. Ao atribuir historicidade a certos aspectos culturais partimos da premissa que estes certamente se alteraram ao longo do tempo. As tradições não são a-históricas, mas sim fazem parte de um arcabouço de costumes que são passados, recebidos e reorganizados de acordo com as demandas de seu tempo por cada geração de uma sociedade.<sup>248</sup> Estamos aqui no espinhoso terreno da “memória social”. Espinhoso porque ao lidarmos com ele nos defrontamos com dois riscos de primeira ordem: a tentação de tratar determinados conceitos desta memória como tendo uma existência concreta, ou de ignorá-los e, com isso, desprezar integralmente os condicionantes do grupo sobre os indivíduos.<sup>249</sup> Por outro lado, mesmo partindo de uma crítica da confiabilidade das narrativas da memória social e tendo em vista que estas se alteraram na medida em que foram transmitidas no tempo, é necessário ter claro que tais “*relatos não são atos inocentes de memória, mas tentativas de convencer, formar a memória de outrem*”.<sup>250</sup> Em outras palavras, a aceitação e o convencimento acerca de determinada memória também têm seu peso, pois informam sobre que imagem aquele que a aceita quer ou tem de si mesmo.

---

<sup>247</sup> Ver HOBBSAWM, E. e RANGER, T. *A Invenção das Tradições*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

<sup>248</sup> “A tradição (...) está sujeita a um conflito interno entre os princípios transmitidos de uma geração a outra, e as situações modificadas às quais devem ser aplicados”. BURKE, P. *Variiedades da História Cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000, p. 240. A crítica a noção a-histórica de tradição já é bastante conhecida e tem sido assumida por boa parte dos representantes da chamada história cultural. Ver também CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano*. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

<sup>249</sup> BURKE, P. *Op cit*, 2000, p. 72.

<sup>250</sup> *Idem*, p. 74.

Isso invalidaria o uso dos textos que se referem às tradições, mormente aqueles que se elaboraram sob a insígnia do “folclore regional”? Não creio. Primeiro, porque sempre se tem a disposição o recurso a métodos comparativos que nos permitem relativizar as informações e, desta forma, utilizá-las. Segundo, se nos deixarmos solapar pela inevitável tensão entre a unidade e a variedade da cultura acabaremos impedidos de perceber, por um lado, os traços gerais que permitem o diálogo entre os diferentes grupos e, por outro, a dinâmica de reordenação das associações que os subgrupos assumem em suas práticas sociais (afinal, é possível “ver” os indivíduos em mais de um subgrupo, ou aliando-se ora a um ora a outro). Em outras palavras, o uso destes textos nos permite ter uma outra dimensão das relações estabelecidas no mundo social. O fato é que não é possível afastar uma esfera da outra.

Ao mesmo tempo, é preciso estar alerta para uma especificidade da doença caracterizada como um meio pelo qual se percebe aflorar as práticas culturais e sociais acerca do corpo: o desespero. Não há como falar de doença, sem falar de dor e sofrimento. E será muitas vezes nesse domínio, que congrega toda a paixão própria da enfermidade, que os limites impostos pela cultura ou pela sociedade serão transpostos, ou pelo menos postos à prova. Um exemplo disso aparece em um dos casos que mencionei acima, o da doença de Dona Ana Joaquina Lessa. Em 1848, após ser tratada por vários curadores e ser desenganada pelos médicos, a enferma, já uma anciã, foi convencida por um jovem escravo de sua casa de que sua moléstia era originária de feitiço, para o qual o mesmo lhe indicou um hábil curandeiro. Mesmo pertencendo a um estrato social abastado e tendo pares que, atuando como testemunhas no processo, diziam não acreditar na existência de feitiços, Dona Ana Joaquina não poupou esforços para que o marido satisfizesse todas as exigências do curandeiro, a quem ela acreditava poder curá-la. A enfermidade, na época, como ainda hoje, colocava as pessoas frente a frente com seus próprios limites. O desespero causado por ela era e ainda é capaz de fazer as pessoas irem contra crenças e idéias contra as quais, em outros momentos da vida, jamais iriam.

Mas, se o desespero fazia com que os *sofredores* aceitassem tratamentos diversos, por outro lado, é possível identificar costumes variados a respeito da preservação do corpo que cedo parecem ter se tornado parte da cultura da região. Tais costumes se fundem com o que se pode identificar como os traços gerais das

concepções de saúde por parte dos *sofredores* no Rio Grande do Sul. Vejamos alguns destes costumes.

Um dos costumes das populações que aqui viviam que cedo parece te admirado a estrangeiros e recém chegados foi o altíssimo consumo de carne e as relações que os rio-grandenses faziam entre este e a manutenção do corpo.<sup>251</sup> A explicação funcionalista para esta preferência parece ser simples: a carne era, provavelmente, um dos mais abundantes gêneros alimentícios da região. Além disso, para os homens que se embrenhavam pelo interior, em direção à região denominada Campanha<sup>252</sup>, o gado era comida fresca, de boa caça, o que facilitava os rápidos deslocamentos destes grupos que viviam à beira do nomadismo (principalmente no século XVIII e nas primeiras décadas do XIX). É claro que nem sempre o gado foi a única opção e, por vezes, também não era a mais fácil, secas e enchentes podiam tornar os rebanhos arredios e mais difíceis de encontrar. Nestes casos, as exigências diminuía e outras formas de caça podiam ser usadas como alimento e, como a fauna local não era composta apenas de gado vacum, também emas, tatus, capivaras, entre outros, poderiam ser incluídos na dieta em caso de necessidade<sup>253</sup>, de qualquer forma, acreditava-se que a carne não poderia faltar. Nos arredores de Porto Alegre, vários matadouros garantiam o abastecimento da cidade.

De fato, a esse hábito acabou sendo incorporada à crença de que o consumo da carne, em especial a de gado bovino, dava mais fibra à constituição e ao caráter do indivíduo, e podia ainda torná-lo até mais guerreiro e sanguinário.<sup>254</sup> A idéia de que a carne enrijecia as fibras e dava mais força e robustez não era originária da região, pode mesmo ser percebida em outros lugares, como um traço que remonta em boa parte ao medievo europeu. De meados do século XVIII até a segunda metade do século XIX, na Europa, entre aqueles de gostos mais refinados, no entanto, os excessos no consumo da carne passaram a ser mal vistos.<sup>255</sup> Fato que pode ter sido a causa do espanto dos

---

<sup>251</sup> COUTY, L. Alimentação no Brasil e nos países vizinhos, in TAMBARA, E. (Org.). *Viajantes e Cronistas na região dos gaúchos – Século XIX*. Pelotas, RS: Seivas Publicações, 2000, p. 27-42, a parte do texto reproduzida pelo organizador da publicação é a que se refere especialmente ao consumo de carne no sul do Brasil, aos benefícios que os sulinos acreditavam que esse consumo lhes trazia e os perigos do consumo de “carne cansada”, ou seja, havia uma certa proibição em se abater o animal que tivesse sido deslocado ou estivesse fisicamente esgotado, pois isto acarretaria grandes inconvenientes à saúde de quem consumisse a carne.

<sup>252</sup> Região sudoeste da província que faz fronteira com a zona platina e que ainda hoje mantém esta denominação.

<sup>253</sup> WITTER, N. *Op cit*, 2005<sup>a</sup>.

<sup>254</sup> SAINT-HILAIRE, A. *Op. cit.* 1987, p.41.

<sup>255</sup> Ver VIGARELLO, G. *Op cit*, 2001. Somente após 1860 é que a carne volta a ser vista como um alimento essencial, principalmente para os trabalhadores, p. 194.

viajantes em vista do consumo de grandes quantidades deste alimento por parte dos rio-grandenses.<sup>256</sup> O destaque aqui é para a importância que a carne assumia tanto nas dietas preventivas (como no caso acima) quanto nas recuperativas. É claro que, neste último caso, a canja de galinha não perdeu seu posto. Porém, se nos guiarmos pelo quadro de dietas dos Hospitais da Divisão de Observações (Militares) é plausível acreditar que o “caldo de vaca” fosse igualmente apreciado como reconstituído da saúde, ainda mais se levarmos em conta as atenções do gabinete do presidente da província a respeito.

**Tabela das dietas e extras para servir nos Hospitais da Divisão de Observações.**

Comidas	N. 1	N.2	N.3	N. 4	N. 5	N. 6
<b>Almoço</b>	4 onças de canja de arroz	4 onças de caldo de galinha	4 onças de caldo de vaca	6 onças de pão e 4 onças de caldo n. 2	6 onças de pão e 4 onças de caldo n. 3	= ao n.5
<b>Jantar</b>	Igual	Igual	Igual e 6 onças de pão	¼ de galinha e 4 onças e arroz	20 onças de carne verde <sup>257</sup> 6 de pão e 4 de farinha	20 onças de carne fresca, 4 de feijão preto e 6 onças de farinha
<b>Ceia</b>	Igual	Igual	4 Onças de caldo de vaca	4 onças de canja n.1	12 onças de carne verde e 4 onças de arroz.	8 onças de carne verde e 4 onças de farinha
<b>Extras</b>						
<b>Almoço</b>	1 pão de 3 onças; 4 onças de biscoitos finos; 4 onças de lentilha preparada; 4 onças de mingau de arroz preparado; ½ onça de açúcar refinado; 2 onças de marmelada; 2 onças de goiabada; e onças de geléia de marmelo.					
<b>Jantar</b>	1 onça de manteiga inglesa; 1/8 de chá da índia; 4 onças de café preparado; 4 onças de chocolate (?); 1 filhote de pombo; 1 laranja bem sazoadada; 1 marmelo bem sazoadado.					
<b>Ceia</b>	1 maçã bem sazoadada; 4 onças de vinho de Lisboa; 2 onças de vinho do Porto; 6 onças de leite de vaca, 2 ovos; peixe – 240 réis; 4 onças de sopa de marm.es(sic?) e 3 onças de erva-mate.					

“As reses que forem destinadas ao consumo do hospital, que devem ser **as mais gordas e descansadas**, deverão ser carneadas na véspera, devendo a respectiva carne ser posta na caldeira muito cedo, afim de que os caldos possam estar prontos às horas do almoço. Os médicos visitantes deverão declarar nas papeletas se as dietas quintas (N.5) são cozidas, guisadas ou assadas, excluindo estas dos do número das

<sup>256</sup> O fato deste alimento não ser consumido em grande quantidade por grupos como os escravos ou alguns imigrantes, não invalida a crença na sua importância para a saúde. Em alguns casos, o acesso a carne podia mesmo ser percebido como um signo de diferença social, o que novamente revestia seu consumo de grande valor.

<sup>257</sup> Carne fresca.

<sup>258</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 – 1854. Seria interessante se pudéssemos comparar este quadro de dietas com outros, de outros hospitais em outras regiões do país. Isso, certamente, nos permitira compreender o quanto os costumes regionais influíam, ou não, nas práticas assumidas pelas autoridades nos pratos da saúde. Como exemplo da importância de uma tal comparação podemos citar o fato de que as rações recomendadas pelo Exército tinham, entre os soldados do sul e muitas vezes em razão das exigências destes, suas porções de carne aumentadas ou mesmo substituíam outros gêneros. Tal fato chegou até a gerar reclamações por parte de tropas vindas de outras partes do país. Ver RIBEIRO, J. I. *Quando o Serviço os Chamava*. Milicianos e Guardas Nacionais no Rio Grande do Sul (1825-1845). Santa Maria, RS: Editora UFSM, 2005.

que devem levar toucinho. Cada uma ração de carne deverá ser despida dos ossos, e estes serão jogados na caldeira geral para confatar os caldos. Do n. das 23 extras ecarada (sic) na presente tabela só serão pedidas aquelas que houver nos lugares em que se acharem os hospitais, podendo os médicos duplicá-las se julgarem conveniente. A dieta 5ª poderá ser substituída por igual peso de carne de carneiro. Se as forças passarem a linha, fazer-se-á pedido de lenha na razão de 4 libras para cada praça que se achar no Hospital – Palácio da Presidência em Porto Alegre, 25 de Fevereiro de 1854. João Lins Cansansão de Sinimbuú”.<sup>258</sup> (Os grifos são meus).

Havia também outros costumes que se acreditavam serem capazes de preservar o corpo contra as moléstias. Um destes era, certamente, o consumo da erva-mate, a qual também figura na dieta hospitalar descrita acima. Desde os princípios da ocupação do território sulino, os rio-grandenses se apegaram ao costume indígena de *tomar o mate*, o qual consideravam o maior dos preservativos contra as mudanças bruscas do tempo, uma panacéia para os mais diversos males e prolongadora da vida. Esta bebida, quente e amarga, feita da infusão do pó das folhas da erva-mate ou erva do Paraguai, era descrita, desde a colônia, como um vício entre os ameríndios, o qual, inclusive poderia ser usado a favor do comércio português.<sup>259</sup> Porém, o costume logo se espalhou entre os novos povoadores. O mate passou, então, a ser descrito como um potente preservativo da saúde. Capaz de esquentar os corpos no inverno e refrescá-los no verão. Podia até mesmo enganar a fome, pois a privação de alguns gêneros não era incomum neste mundo em que a fartura e a escassez andavam juntas.<sup>260</sup> Saint-Hilaire dedica uma extensa passagem a registrar o costume do mate (ao qual também ele se rendeu) e seus usos preventivos e medicinais:

“Ainda dois mates antes de partir. O uso dessa bebida é geral aqui: toma-se mate no instante que se acorda e depois, várias vezes durante o dia. A chaleira está sempre no fogo e, logo que um estrangeiro entre na casa, oferecem-lhe mate imediatamente. (...) Muito tem se elogiado essa bebida; dizem que é diurética, combate dores de cabeça, descansa o viajor (sic) de suas fadigas; e, na realidade, é provável que seu sabor amargo a torne estomacal e, por isso, seja talvez necessária numa região onde se come enorme quantidade de carne, sem mastigá-la convenientemente. Aqueles que estão acostumados ao mate, não podem privar-se dele, sem sofrerem incômodos”<sup>261</sup>.

Junto com o fumo (que também tinha fama de preservar o corpo<sup>262</sup>), a aguardente (“muito medicinal”<sup>263</sup>), a própria carne, a erva era já em fins do século XVIII um artigo

<sup>259</sup> Informação de Francisco Ribeiro sobre a Colônia do Sacramento, 1704. Biblioteca da Ajuda, Ms. 51-VI-24, *apud* CÉSAR, G. *Primeiros Cronistas do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1998, p. 65.

<sup>260</sup> Como comenta eloquentemente o Mestre-de-Campo André Ribeiro Coutinho – Carta a um amigo, datada de setembro de 1737, *apud* CÉSAR, G. *Op. cit.*, p. 110-111.

<sup>261</sup> SAINT-HILAIRE, A. *Op. cit.*, 1987, p. 101.

<sup>262</sup> VIGARELLO, G. *Op. cit.*, 2001, p. 110-112.

<sup>263</sup> Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRG) – Fundo de Arquivos Particulares; L.42, M.9 – Cópias de Documentos do Arquivo de Assis Brasil sobre a Revolução Farroupilha, p.44. No RS isso pode

de consumo indispensável tanto pelo gosto quanto pelo seu papel na manutenção do corpo.<sup>264</sup> Existia (como ainda existe) em todas as casas e era o primeiro elemento na estrutura da hospitalidade dos habitantes da região.

O uso de ervas medicinais como forma de preservar o corpo e tratar doenças faz parte da cultura humana e, certamente, era um costume difundido entre todos os grupos que habitavam a região. Entre os ameríndios horticultores que aí viviam no período pré-colonial, por exemplo, era costume manter em suas áreas de ocupação uma reserva de floresta para coleta e para repositório da farmacopéia.<sup>265</sup> Esse conhecimento misturou-se ao do uso de ervas trazidas pelos europeus, pelos africanos e pelos brasileiros de partes de ocupação mais antiga do país formando o conjunto de medicamentos tradicionais usados no campo, nas vilas e nas cidades. O uso das ervas como medicamento<sup>266</sup> parece ser mais comum do que como preservativo da saúde, porém este uso existia. Sabemos por um relatório ao Presidente da província de fins da década de 1830, escrito por um facultativo da região de Taquari<sup>267</sup>, que “o povo” costumava usar o agrião como antiescorbútico.<sup>268</sup> É possível que outras ervas, além do agrião e do mate, é claro, também figurassem como defensivas, porém as informações são escassas nesse sentido.<sup>269</sup> A maioria dos trabalhos que existem enfocando as ervas de uso tradicional na “medicina popular” preocupa-se mais em determinar as propriedades pelas quais essas

---

ser atestado pelos gastos com a compra de erva, aguardente e fumo que aparecem nas contas dos inventários *post mortem*, conforme constata FARINATTI, L. A. Gêneros para o consumo da casa: uma análise dos gastos domésticos no Rio Grande do Sul, século XIX (Texto inédito). Ver também RIBEIRO, J.I. *Op cit*, 2001, o autor aponta as constantes reclamações das tropas em razão da falta de fumo, aguardente e erva mate.

<sup>264</sup> “Tanto homens como as mulheres, têm grande paixão pelo tabaco, como igualmente por uma erva chamada mate, da qual usam ela grosseiramente pisada em um porongo, ou cuia com esta bebida por almoço além de mais que dela usam em todo o dia”. 1777, Francisco Ferreira de Souza, Descrição à Viagem do Rio Grande (Código 148 da Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra, fls, 159-160v) *apud* CÉSAR, G. *Op. cit.*, 1998, p.156.

<sup>265</sup> SOARES, A. Horticultores Guaranis no sul do Brasil, in QUEVEDO, J. *RS, 4 Séculos de História*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 2000, p. 32.

<sup>266</sup> Estes usos estão catalogados em vários trabalhos sobre as receitas médicas folclóricas e tradicionais do Rio Grande. Ver especialmente SIMÕES, C. *Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul*. 4 ed. Porto Alegre:Ed. da Universidade/ UFRGS, 1995; ver também WITTER, N. *Op. cit*, 2001, em especial o Cap. 3. Poetas e compositores também se inspiraram nas ervas medicinais para louvar a “botica campeira”, própria da região sulina: “Pois no Campo, quem adoecer/ não precisa ir pra cidade/ porque tem em quantidade/ ervas de todo feitio,/ que curam câimbras de sangue/ espasmos, dor de barriga,/ pontada, tosse, bexiga,/ dor de cabeça e fastio”. PAZ, H. Remédios Caseiros, e também BRAUM, J. C. *Medicina Campeira*, e IBARRA, L. A. Consulta, *apud* MARIANTE, H. M. *Op cit*, 1984, p. 174 a 182.

<sup>267</sup> Município localizado no vale do rio Taquari, no centro-leste da Província. Ver mapa da figura 1.

<sup>268</sup> Relatório sobre plantas e drogas medicinais, com a indicação do município onde podem ser encontradas (Sem data, posterior a 1835). AHRS – Fundo Estatística: M2 – Avulsos/ Diversos.

<sup>269</sup> Mariante apresenta algumas em seu estudo com base nas informações prestadas por curandeiros e raizeiros, porém não é possível atestar a antiguidade dos usos do abacateiro e da cana-do-brejo como anti-sifilíticos, ou da açoita-cavalo e da cana-brava, entre outras, como anti-reumáticos. MARIANTE, H. M. *Op cit*, 1984, p.118 -150.

plantas são hoje conhecidas, e poucas informações nos fornecem sobre o lugar que estas ocupavam no arcabouço das crenças populares ou as qualidades que lhes eram atribuídas. As fórmulas populares tradicionais, em geral, se utilizavam de indicações como “é bom para” e associavam a um órgão ou doença.<sup>270</sup>

No que diz respeito aos costumes que se referiam à higiene pessoal (e não a dos espaços), os comentaristas são mais elogiosos aos rio-grandenses do século XIX do que aos do XVIII.<sup>271</sup> Em 1824, Saint-Hilaire tece diversos comentários ao asseio e ao fato de estar bem vestida a maioria das mulheres com que encontra, sendo que o total desleixo somente é visto “*entre as mais pobres e as mestiças*”. É claro que num comentário destes não se pode esquecer de pesar os preconceitos do observador e seu olhar de estrangeiro. Além disso, a noção de asseio da época era muitas vezes restrita à visualização de rosto e mãos limpas. A idéia de banhos diários para fins higiênicos era bastante restrita, e possivelmente tão estranha à maioria dos brasileiros quanto à boa parte dos europeus que viviam neste mesmo período.

“O conceito antigo era o de limpeza visível. Preocupava-se com a limpeza das roupas e dos lugares aparentes do corpo (boca, cabelo, mãos), vale de dizer das partes do corpo exibidas em público segundo as regras da decência de outrora”.<sup>272</sup>

Como explica Goubert, entre fins do século XVIII e fins do século XIX, se observa uma lenta mudança do antigo conceito de limpeza para um novo: o de higiene, este sim ligado à limpeza invisível e a todo um novo código sobre saúde e doença que começou a se esboçar com as descobertas da clínica e que atingiu sua forma final com o advento da teoria pasteuriana. Nesse sentido, costumes hoje aceitos como quase indispensáveis para a manutenção da saúde e da limpeza, como o banho diário, não faziam parte das formas de prevenção e asseio do século XIX. É provável que, em razão do que nos dizem os documentos, ao menos para o Rio Grande do Sul, pode-se crer que o banho para fins higiênicos não tenha se popularizado antes de meados do século XX. E é muito pouco provável que este hábito tenha sido incorporado em razão de uma herança da cultura indígena (como a “tradição” tem querido afirmar), pelo já pouco contato que havia com estes grupos na época em que os banhos higiênicos passaram a fazer parte da rotina. Uma idéia sobre o que era considerado um asseio “ótimo” aparece

---

<sup>270</sup> *Idem.*

<sup>271</sup> Sobre a importância da higiene pessoal para as práticas preservativas da saúde, ver, além das duas obras já citadas de Georges Vigarello, WEAR, A. The history of personal hygiene, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit.*, 2002, p.1283 – 1307.

<sup>272</sup> GOUBERT, J-P. *Op cit.*, 1998, p. 12.

no relatório do Provedor da Santa Casa, Marechal de Campo Luís Manoel de Lima e Silva, irmão do Duque de Caxias, em 1867, quando este se refere aos alienados internados na SC: “*Os alienados de ambos os sexos são velados cuidadosamente, lavados todas as semanas, cortados os cabelos e mudadas as roupas amiudadas vezes para a conservação de seu necessário asseio, estando entregues aos cuidados de seus bons enfermeiros.*”<sup>273</sup> Deve-se notar que essa regularidade de limpeza vinha da parte de um homem, ao que parece, bastante preocupado com o seu próprio asseio. Em seu inventário, realizado em 1878, consta um quarto de banho no qual foram listados uma bacia grande de cobre, uma cama de vento e um lavatório pintado. Vale dizer que de todos os inventários de médicos, farmacêuticos, boticários, provedores e ex-Presidentes da província consultados (décadas de 1850, 60 e 70), este foi o único em que se encontrou a presença de um quarto de banho e de uma bacia grande de cobre.<sup>274</sup>

Assim, na época estudada, o mais plausível é que as noções de asseio e higiene, além da limpeza das extremidades visíveis (rosto, mãos e pés), estivesse mais associada ao costume do uso de “roupas brancas”. Isto é, à troca das roupas íntimas, as quais por costume e por sua capacidade de “limpar” o corpo (talvez porque a sujeira se tornava visível por seu contato com a pele), eram brancas.<sup>275</sup> Sobre o Rio Grande do Sul de princípios do século XIX, novamente, a informação nos vem de Saint-Hilaire. Ele que menciona rapidamente, em uma das casas que é acolhido, a presença de roupas de dia e roupas brancas.

“Terminado o meu trabalho, pedi licença ao dono da choupana para pernoitar em sua casa, sendo atendido. Essa é construída de madeira cruzada, revestida de folhas de palmeiras, que também entram na sua cobertura. Compõem-se de um celeiro sem porta e um quarto desprovido de janela e mobiliário, onde a roupa branca e o vestuário de toda a família são estendidos sobre traves”.<sup>276</sup>

Georges Vigarello demonstrou em sua *História das Práticas de Saúde* ser o uso de “roupas brancas” (que eram mais regularmente trocadas) sob as roupas de dia como um substituto do que para hoje seria o banho. A roupa branca atuaria como uma espécie de esponja na sujeira acumulada do corpo.<sup>277</sup> Sobre essa anotação de Saint-Hilaire pode-se, contudo, especular o seguinte: o uso das roupas brancas podia ser algo tão comum e difundido que não era digno de nota por qualquer observador, o tipo de hábito

---

<sup>273</sup> CEDOP – SCMPA: Relatório do Provedor, 1867.

<sup>274</sup> APRS – 3º Cartório de Órfãos e Ausentes. Porto Alegre – M1, n. 9, 1878.

<sup>275</sup> VIGARELLO, G. *Op cit.*, 1988 e 2001.

<sup>276</sup> SAINT-HILAIRE, *Op cit.*, 1987, p. 14.

<sup>277</sup> VIGARELLO, G. *Op. cit.*, 2001, p. 88-90.

que de tão constante torna-se invisível, afinal o autor não dá maior atenção além da simples constatação de que havia um baú para cada tipo de roupa. Por outro lado, ele também pode não ter comentado o fato outras vezes, pela simples razão de não tê-lo visto ou notado. O fato de não se encontrar comentários semelhantes em outros autores também pode ser atribuído aos argumentos acima. No século XVIII, ao contrário do que acontecia no século XIX, os mesmos cronistas que louvavam a salubridade dos espaços eram unânimes em deplorar a sujeira física dos habitantes da província. Certamente, não se pode, com base nesses testemunhos, querer crer que as populações de outras regiões do Brasil fossem de todo mais asseadas que as do sul. Porém, para alguns dos observadores a pouca diligência com a limpeza (sem fazer com isso qualquer comparação com outras partes do país) era, entre os rio-grandenses, digna de nota.<sup>278</sup>

Além dos usos próprios para fortalecer o corpo e evitar a doença, aparecem também, neste esquema preventivo, uma série de interdições, principalmente alimentares, que se acreditava causarem moléstias. No Rio Grande do Sul, essas interdições aparecem computadas na *tradição* pelo folclore e são geralmente precedidas pelos termos: *não presta*.<sup>279</sup> No caso dos alimentos, estas proibições referem-se, mormente às circunstâncias da ingestão mais que aos alimentos em si. Assim, *não presta*: ingerir determinados alimentos sob uma correnteza de ar, ou misturar frio com quente (porque “dá estupor” e a pessoa pode ficar “torta”), ou que tenham ficado por tempo demasiado expostos ao sol (porque “dá dor de barriga”), tomar banhos parciais ou totais após as refeições ou misturar tipos de alimentos, em especial frutas com leite (porque pode dar congestão e pode matar).<sup>280</sup> E, de tudo isso, o mais importante, nunca se deveria apontar o lugar de uma doença ou ferimento de outro no próprio corpo. Caso a narrativa assim o exigisse, a fórmula que prevenia do mal pular do enfermo para aquele que contava era dizer as palavras “lá nele”, “lá nela”, do contrário... bem, do contrário “*não presta*”.<sup>281</sup>

Cabem, porém, nesse momento algumas reflexões sobre o que disse acima. Primeiramente sobre a fonte destas informações e, a seguir, sobre o seu conteúdo. No caso da fonte, estou aqui me baseando nos manuais escritos por folcloristas,

---

<sup>278</sup> CÉSAR, G. *Op cit.*, s/d, p. 156.

<sup>279</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 32.

<sup>280</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 104 a 106.

<sup>281</sup> SPALDING, W. *Tradições e superstições do Brasil Sul*. Porto Alegre: Edição da Organização Simões, 1955, p. 78; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1976, p. 42; e D'ÁVILA, F.M. *Terra e gente de Alcides Maya*. Porto Alegre: Edição Sulina, 1968, p. 83.

especialmente, em meados do século XX. Foi nesse período que vários estudiosos que se dedicavam ao estudo do folclore brasileiro se interessaram em coletar informações e compreender as raízes culturais em que se baseavam as práticas de saúde e cura populares. Tais obras foram escritas tendo em vista não somente recolhimento dos elementos que constituíam o folclore brasileiro, mas também pelo interesse em se tentar construir uma ciência do folclore nacional.<sup>282</sup>

As críticas aos estudos folclóricos são bem conhecidas.<sup>283</sup> Pouco se pode acrescentar a elas, porém é possível relativizá-las e não colocar os folcloristas numa categoria única, como se fosse possível passar sobre suas divergências teóricas (que existiram) e as diferentes épocas e interesses que marcaram a escrita destes trabalhos. Nesse sentido, acho importante referir o brilhante trabalho de Luis Rodolfo Vilhena ao estudar o Movimento Folclórico Nacional, que teve sua época áurea entre 1948 e 1964. Apesar de nunca ter conseguido fugir do diletantismo e do amadorismo, em função de sua auto atribuída missão de salvar os elementos do folclore nacional antes que fossem destruídos pelo mundo cultural urbano, esse movimento buscou sistematizar, através do recolhimento mais amplo possível, as linhas mestras das crenças do Brasil rural, apesar de suas diferenças regionais. A utilização das informações coletadas por estes autores, seja em trabalhos de história seja pelos estudos antropológicos, sem dúvida, comporta problemas. Em função disso, seria necessário esclarecer alguns pontos sobre a origem desta produção e seu significado tanto em termos de Brasil quanto de Rio Grande do Sul.

Não temos aqui a pretensão de reproduzir a complexidade da obra de Vilhena, que identifica o surgimento do interesse pelos assuntos folclóricos desde fins do século XVIII até a convocação do inglês William Von Thoms para o uso da palavra *folk lore*; no Brasil, o autor acompanha os antecedentes do Movimento desde Silvio Romero passando por Amadeu Amaral e Mario de Andrade. Além do histórico, Vilhena também aborda as principais divergências teóricas do grupo, como a dificuldade de se relacionar tanto com os folcloristas estrangeiros quanto com o maior nome do folclore nacional da época, Luiz da Câmara Cascudo, ou os debates com Roger Bastide e a intensa polêmica com Florestan Fernandes. As conclusões do autor encaminham, com muita propriedade, para o reconhecimento dos estudos folclóricos como uma parte importante da

---

<sup>282</sup> Sobre o assunto, ver VILHENA, L. R. *Projeto e Missão. O Movimento Folclórico Brasileiro, 1947-1964*, Rio de Janeiro, Funarte/ Fundação Getulio Vargas, 1997.

<sup>283</sup> ORTIZ, R. *Românticos e folcloristas: cultura popular*. São Paulo: Olho d'Água, 1992.

construção das ciências sociais no Brasil, identificando no processo até mesmo as razões do ostracismo a que a disciplina foi relegada. Entretanto, nosso interesse aqui recai sobre um outro elemento: a noção de *tradição* assumida por este grupo.

Para a maioria dos folcloristas europeus do mesmo período a tradição aparecia como um saber imemorial (idéia defendida no Brasil por Bastide), algo situado entre o mito e a história, como bem apontou Françoise Loux<sup>284</sup>, próprio de um universo com características de imutabilidade. Já, para boa parte dos folcloristas brasileiros, inspirados em Arnold Van Gennep<sup>285</sup>, a idéia de *tradição* tinha outros significados e estes reivindicavam, assim, uma peculiaridade para o folclore brasileiro: a continuidade em transformação. Para os membros da Comissão Nacional do Folclore, o fato folclórico (noção depreendida de Durkeim) aceitava, além dos elementos sobreviventes de instituições antigas, “fatos nascentes”. Tal idéia justificava satisfatoriamente a inexistência de uma “idade de ouro coesa” (como na noção européia), onde o folclore teria sido gestado, e que era difícil de ser assimilado ao Brasil em razão de sua diversidade cultural e populacional. Assim, os elementos do folclore brasileiro ainda estavam em conformação, para este grupo, e sua unidade ainda estaria por vir, caso este não fosse solapado antes pela cultura urbana. Ora, guardadas as devidas proporções, essa compreensão da tradição está muito mais próxima dos modernos conceitos utilizados pela história cultural do que dos “tradicionalistas conceitos de tradição”, nas palavras de Peter Burke.<sup>286</sup>

O que isso, contudo, modifica na apreensão e uso dos trabalhos folclóricos pela história, em especial, pela história da saúde, que por vezes busca nele as raízes das crenças populares acerca do corpo? Creio que o primeiro ponto é o que já comentei acima, isto é, a necessidade de situar o autor do manual a ser utilizado, já que nem todos pensavam da mesma maneira e nem tinham a mesma formação e, por vezes, fora o objetivo salvacionista, tinham metas e métodos diferentes. De fato, a tolerância do movimento para com os diletantes, estava muito mais ligada a sua auto atribuída missão que ao seu projeto, que era de contribuir para uma ciência folclórica. O segundo ponto diz respeito ao que Françoise Loux chamou de superação da visão limitada que se tem

---

<sup>284</sup> LOUX, F. Folk Medicine, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit*, 2002, p.661-675.

<sup>285</sup> Antropólogo e folclorista francês.

<sup>286</sup> Sobre as transformações no conceito de tradição e sua conjugação com as idéias de reprodução e recepção, ver BURKE, P. Unidade e Variedade da História Cultural, in \_\_\_\_\_. *Op cit*, 2000, p. 233-267.

dos estudos folclóricos.<sup>287</sup> A autora acredita que é possível para o historiador, principalmente os que se dedicam à história da saúde, ao lançar uma visão geral sobre estes trabalhos, aproveitar o intenso esforço dos folcloristas em buscar traçar linhas gerais sobre as crenças acerca do corpo. Tais linhas gerais podem constituir uma base comparativa para que se possam identificar no amálgama de crenças as diferenças entre subgrupos, bem como as alterações e continuidades.

No Rio Grande do Sul, os estudos folclóricos tiveram e ainda têm um peso importante na construção da identidade regional. Embora existam nomes que tenham trabalhado em prol da construção de uma identidade nacional, como por exemplo, Dante de Laytano, o gaúcho de maior expressão no Movimento Folclórico Nacional, a maior parte dos estudos aí desenvolvidos optou e tem optado por um regionalismo diferenciador do resto do país. Ao mesmo tempo, é nos trabalhos mais recentes que se encontra a idéia de uma tradição cristalizada, a qual *se quer imutável* e que define um grupo de *ideais coesos* e inclusivistas, na medida em que mesmo aqueles que têm origem diversa da do “gaúcho” (“mestiço de português e índio, forjado nas lides do campo e nas guerras de fronteira”), como os “negros”, os alemães ou os italianos se “aculturam” e passam a cultivar as tradições que identificam a região. Que não se subestime a força que tais idéias têm na sociedade moderna: comer muita carne e tomar chimarrão podem não ter mais o mesmo apelo para a manutenção da saúde, mas ainda identificam e separam os gaúchos dos que não o são. Assim, ao utilizarmos as obras dos folcloristas como base informativa de pesquisa acredito ser importante: 1) ter claro qual o conceito de tradição veiculado pelos autores; 2) perceber suas intenções ao fazer uma determinada construção da memória e dos costumes (fato, aliás, quase sempre explicitado pelos mesmos folcloristas, pois não raro faz parte de suas conclusões); e 3) conjugar, sempre que possível, os costumes descritos com práticas e relações estabelecidas por outros campos de investigação. Estas, talvez, sejam chaves para que se possa romper com a extrema limitação que a crítica histórica e antropológica, como afirma Françoise Loux, impôs ao uso destes trabalhos nas pesquisas científicas.

No que diz respeito ao que as pesquisas folclóricas realizaram para traçar o quadro das tradições em termos de saúde podemos identificar três linhas gerais de investigação. Uma primeira, que tem sido denominada pelos autores genericamente de crenças e superstições, aí se incluem os aspectos de que falei anteriormente sobre

---

<sup>287</sup> LOUX, K. *Op cit*, 2001, p. 662.

ingestões e interdições relativas ao consumo de alimentos e que teriam o papel de resguardar e fortalecer o corpo contra as doenças. A segunda estaria ligada propriamente às práticas da chamada medicina popular: benzeduras, cuidados primários, ingestões próprias à recuperação, etc. Por fim, e o que constitui o grupo mais amplo dentro destes estudos, aqueles que buscaram relacionar ervas medicinais populares e seus usos. Estes temas, que apareceram dispersos em obras gerais<sup>288</sup>, se basearam em informações coletadas entre memórias escritas, artigos de jornais<sup>289</sup>, principalmente, a partir de subsídios fornecidos por curandeiros, herbanários e benzedores contatados pelos pesquisadores. Embora poucas obras tenham se dedicado ao estudo da chamada “medicina popular”, em boa parte delas esteve presente a tentativa de comparar os achados tanto no tempo, recorrendo a fontes que atestassem a antiguidade do costume, quanto no espaço, isto é, percebendo as semelhanças com coletâneas folclóricas de outras regiões. Obviamente, essas comparações não são ingênuas, elas têm funções bem definidas e pretendem antes de tudo marcar a identidade portuguesa e brasileira do Rio Grande do Sul.<sup>290</sup>

Nosso interesse no conteúdo das informações fornecidas por estas obras, no entanto, dirige-se para o fundamento holístico aí presente nas descrições do corpo. Essa integração entre a saúde do corpo e seu lugar no ambiente é bastante semelhante a que tem sido descrita pelos historiadores, em especial, no mundo rural europeu do século XIX.<sup>291</sup> Tal concepção põe grande importância nos sentidos da prevenção, mesmo que seja uma prevenção mais contra a morte que contra doenças específicas, e da manutenção de uma determinada harmonia com o ambiente. Entretanto, é possível perceber diferenças. Embora também se encontre a condenação dos excessos (“*De lautas ceias, sepulturas cheias*”<sup>292</sup>), as crenças que ora analisamos parecem dirigir-se

---

<sup>288</sup> MEYER, A. *Op cit*, 1951. SPALDING, W. *Op cit*, 1955; \_\_\_\_\_. *Op cit*, 1976; LAYTANO, D. de. *Op cit*, 1987; e D’ÁVILA, F.M. *Op cit*, 1968.

<sup>289</sup> Muitos artigos enfocando os costumes começam a ser escritos e publicados em jornais já na segunda metade do XIX, com o intuito de formar uma memória histórica de hábitos e fatos do cotidiano. Entre os autores destes textos, os mais famosos, em Porto Alegre, são Antônio Álvares Pereira Coruja, Achylles Porto Alegre e Carl Von Koseritz.

<sup>290</sup> A busca de identificação maior com o Brasil e com uma matriz lusitana, embora relevante e mesmo majoritária, não é a única. Ieda Gutgreind em seu estudo sobre a historiografia gaúcha identifica além desta, a existência de uma outra matriz fundamentadora das leituras históricas sobre o RS, trata-se de uma matriz platina que coloca o gaúcho rio-grandense em unidade com seus congêneres do mundo de fala castelhana. GUTFREIND, I. *A Historiografia Rio-Grandense*. Porto Alegre: Editora da Universidade /UFRGS, 1992.

<sup>291</sup> LOUX, F. *Op cit*, 2001, p. 665.

<sup>292</sup> Adágio popular registrado por MARIANTE, H. M. *Op cit*, 1984, p. 115. Mariante, assim como Spalding, Meyer e D’Ávila, citados acima, estiveram inseridos dentro da ideologia do MFN.

mais para os elementos que qualificam o ambiente, e nos quais, na maioria das vezes pelo contraste das situações se poderia determinar se o corpo estava em perigo ou não. O jogo de oposições entre quente e frio, seco e úmido tem um papel importante na configuração das doenças que podiam ser adquiridas por descuido. E é, em geral, no descuido que reside a culpa do enfermo pela doença. Existem *situações* com as quais “não se deve facilitar”, logo, *não presta* colocar os pés quentes no chão frio (o perigo é ainda maior para as mulheres, principalmente, no período menstrual)<sup>293</sup>, *não presta* ingerir frutas aquecidas pelo sol, nem comer comida quente e sair para o “rigor” (frio)<sup>294</sup>, ou tomar gelado sob o sol forte.

As práticas expulsórias – através do uso de laxantes e vomitivos – também pode ser inserida nessa linha de uma percepção holística do corpo. Como informa Mariante, o laxante foi por muito tempo o primeiro dos remédios a serem usados contra qualquer doença.<sup>295</sup> Isso é corroborado pelo o que se encontra na grande maioria dos processos-crimes que envolvem curandeiros e médicos no século XIX.<sup>296</sup> Esses medicamentos, dentro da concepção da época, não somente podiam expulsar a doença, harmonizar os humores, como também faziam uma “limpeza”.<sup>297</sup> Um tipo de limpeza invisível, mas que era capaz de manter o corpo a salvo da doença e da morte. Tal crença era tão forte que mesmo em casos de diarreia, e mesmo nos primeiros tempos do cólera, é comum se encontrar na documentação os laxantes sendo receitados. Em alguns casos estes iniciam o tratamento, em outros correspondem ao seu final – quando o doente já se achava mais forte.<sup>298</sup>

Estas concepções, portanto, poderiam estar disseminadas de forma genérica pela população, com que se está trabalhando, e seus *sofredores*. E aqui peço ao leitor que antes de vê-las como fórmulas explicativas ou de reconduzir tais elementos a uma classificação dualista entre doenças endógenas e exógenas – até porque este paralelo muito dificilmente seria claro aos sujeitos em questão – procure reter a idéia do quanto a qualificação do ambiente parece importante nesta visão de mundo.

---

<sup>293</sup> APRS – Processos Crime: Santa Maria – M25, n. 943. Esse caso foi analisado amplamente em WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

<sup>294</sup> O chimarrão é aqui a exceção.

<sup>295</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 32.

<sup>296</sup> Indico, como exemplos: APRS – Processos Crime – Santa Maria – M25, n. 943; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M29; Nº 867; ANO: 1853.

<sup>297</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 32.

<sup>298</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27 – 1856.

Antes de prosseguir, porém, gostaria de recordar aonde quero chegar ao analisar a saúde a partir do foco analítico dos *sofredores*. Meu interesse é perceber o lugar que as preocupações com a saúde ocupavam na vida cotidiana das pessoas que viviam na região estudada, especialmente quando elas eram atacadas ou viam seus próximos padecerem de enfermidades, daí a necessidade em compreender suas concepções de corpo, prevenção e resguardo. Construída historicamente estas inquietações e as tradições e os costumes a que deram origem, poderemos agora tentar percebê-las e as suas implicações no âmbito das práticas de cuidado.

#### **2.4. “Cautela e caldo de galinha não fazem mal a ninguém”: o cuidado dos enfermos**

Como é possível perceber, demos uma importância maior a uma compreensão naturalista das causas das doenças, isto é, aquelas que têm origem em causas naturais, como o frio, o calor, a água, os alimentos, etc. Isso não quer, de forma alguma, afirmar que as causas mágicas ou sobrenaturais estivessem em segundo plano. Afinal, muitas vezes o mal olhado explicava mais o porquê de determinada doença ter atacado uma pessoa específica do que qualquer descuido que ela tenha tomado. O fato é que tais explicações – seja a naturalista ou a personalista (que se dedica à busca de um culpado externo)<sup>299</sup> – são abstrações esquemáticas que somente terão sentido na análise de casos concretos. Mais ainda, elas não são de forma alguma excludentes, portanto, ambas estão sempre presentes, tanto como recursos explicativos da ocorrência dos males, quanto como definidores dos recursos a serem acionados em caso de enfermidade. Dessa forma, as concepções que colocam o sobrenatural como a causa de determinados males serão estudadas na medida em que os *sofredores* recorrerem a elas para definirem os cuidados a serem tomados.<sup>300</sup>

Neste item, porém, minha intenção é priorizar a compreensão das formas como os *sofredores* organizavam as práticas de cura que tinham a sua disposição. A idéia de utilizar a metáfora do mapa vem da concepção de que esse tipo específico de representação é, antes de tudo, um guia no qual estão presentes os itinerários que podem ser seguidos de acordo com determinadas circunstâncias e necessidades. Isso nos permite ler os recursos e todas as suas possíveis variações sem apelarmos para uma

---

<sup>299</sup> Tal distinção foi cunhada por G.M. Foster e B. G. Anderson *apud* LEVI, G. *Op cit*, 2000, p. 75-6.

<sup>300</sup> Um estudo mais completo sobre o papel do sobrenatural na compreensão das causas da doença no sul do país, foi o que realizei em minha dissertação de mestrado, ver assim, WITTER, N. *Op cit*, 2001.

compreensão rígida dos meios que poderiam ou não ser acionados. É claro que este mapa não era algo conscientemente construído, nem tinha uma existência tátil para os sujeitos com os quais estamos trabalhando. No entanto, ele é uma metáfora útil, ou se preferir, uma representação da realidade cuja capacidade didática tem o intuito de facilitar a nossa compreensão do universo estudado.<sup>301</sup> Mesmo assim, não podemos lê-lo como uma simples representação cartográfica. É preciso saber quais os dados que poderiam constituir-los e somente depois tentar determinar as situações que podiam originar o uso de um dos caminhos aí traçados ou de outros. Por outro lado, ao utilizar a metáfora do mapa para representar a realidade com a qual estou trabalhando, optei por uma não hierarquização dos dados aí plotados. Essa opção é decorrente da própria definição de como se construir um mapa:

“O mapa é o resultado tanto de dados quanto de teoria. Seleciona-se informação em função da teoria. O mapa e a teoria podem ser modificados levando em consideração os dados. Por fim, o próprio mapa pode vir a modificar a teoria. Todos os níveis hierárquicos estão sujeitos à alteração ao interagir com outros níveis”<sup>302</sup>.

Contudo, quando se fala de um mapa não se está pensando em ver sobre ele dados amontoados ou jogados. Eles provavelmente estão organizados de acordo com uma lógica, que não é necessariamente a nossa, e, principalmente, eles precisam ser verossímeis ao mundo que estamos estudando. É aí que as chaves de leitura que nos são fornecidas pelos estudos antropológicos desempenham um papel importante. As *chaves*, conforme definidas por José Carlos Rodrigues em seu *Higiene e Ilusão*, são principalmente duas. A primeira é a que define que as linhas existentes nesse *mapa* são *históricas, temporais e espaciais*, portanto, só podem ser compreendidas em contextos específicos. A segunda parte da idéia de que sendo o mapa apenas um guia e estando ele colado no tempo, ele nunca pode ser encarado como uma representação rígida, ao contrário, a variação contínua é provavelmente uma de suas características mais fundamentais. Estas chaves têm seu fundamento nas linhas que definem um mapa como representação da realidade, isto é, aquelas que definem o que existe e o que não existe a partir do que pode e do que não pode ser colocado no mapa, dessa forma, “criam-se também: a) aquilo que está exatamente sobre a linha de demarcação da fronteira de dois

---

<sup>301</sup> Sobre a utilização da metáfora como recurso investigativo e explicativo em história, ver GADDIS, J. L. *Paisagens da História*. Como os historiadores mapeiam o passado. Rio de Janeiro: Campus, 2003, em especial os capítulos 1 a 3.

<sup>302</sup> AZEVEDO, J. *Mapping Reality: an Evolutionary Realist Methodology for the Natural and Social Sciences*. Albany: State University of New York Press, 1997, p. 112.

ou mais territórios, situando-se *entre* eles, e b) aquilo que se enquadra ao mesmo tempo em dois ou mais territórios”.<sup>303</sup>

Estas idéias nos permitem fugir da *lógica da falta* e buscar compreender os recursos com base no que era próprio e mobilizável para a sociedade que se está estudando. Como, então, se poderia começar a descrever este mapa? Quais eram os recursos de que dispunham os sofredores em meados do século XIX e quais os caminhos que estes poderiam seguir em busca da cura do ente querido que estivesse enfermo? Num primeiro momento, creio que se poderiam traçar as linhas gerais do que seriam os *cuidados primários* de um mal-estar ou incômodo qualquer.<sup>304</sup> É certo que estes cuidados estavam sempre na dependência de como a doença se manifestava, o que também influía, como vimos anteriormente, na forma como a enfermidade era narrada.

Quando alguém manifestava sintomas de alguma doença, a primeira providência que aparece nos cuidados tradicionais era a de colocar o sujeito em questão “de molho”, isto é, ir para a cama.<sup>305</sup> Numa sociedade desigual, como a que se está investigando, não se pode esperar, porém, que este fosse o tratamento dispensado imediatamente a todos os doentes. É provável que a posição social do enfermo tanto dentro da família quanto fora dela aí tivesse tanta interferência quanto os tipos de sinais manifestados pela doença. De fato, um mal estar numa criança livre, num escravo, numa senhora, num senhor ou num trabalhador livre poderia acionar diferentes tipos de cuidados a serem tomados. Se recordarmos a carta de Antônio Bittencourt Cidade, podemos perceber que embora este sentisse o incômodo de suas mazelas não parece ter dado a si próprio o privilégio de ficar de cama. Como senhor, ele tinha muitas coisas a resolver antes de “dar-se a este luxo”. A viscondessa de Arconzello preocupava-se mais que seus achaques não lhe permitissem comer do que enfatizava a necessidade de repouso.

Ao olhar para a Porto Alegre de meados do século XIX encontramos uma miríade de grupos populacionais bastante diversificada e essa diversidade também ampliava o espectro das possibilidades de práticas de saúde com as quais os seus habitantes poderiam lidar. Logo, olhando para as diferenças entre estes grupos, até mesmo os *cuidados primários* podem ser relativizados. Nos textos dos viajantes e cronistas, a capital foi descrita ora como uma aldeia tipicamente portuguesa, ora como

---

<sup>303</sup> RODRIGUES, J. C. *Higiene e Ilusão*. Rio de Janeiro: Nau, 1995, p. 76.

<sup>304</sup> O conceito de “cuidados primários” aparece definido por SHORTER, E. Cuidados Primários, in PORTER, R. (org.) *Op cit*, 2001b, p. 118-153.

<sup>305</sup> MARIANTE, H. M. Primeiros cuidados caseiros, in \_\_\_\_\_. *Op cit*, 1984, p. 32-3.

uma vila alemã (tal a quantidade de germânicos), outros viram nela uma cidade dominada por negros, e houve ainda os que ressaltaram sua “colônia” inglesa ou falaram do grande número de indígenas que ia e vinha da Aldeia dos Anjos.<sup>306</sup> Tais desenhos do panorama populacional estiveram, certamente, ligados à nacionalidade e aos interesses de seus narradores ao descreverem a cidade. O fato é que, antes de tudo, Porto Alegre era um porto e isso marcava fundamentalmente tanto sua população quanto as atividades desta. Era também no porto, junto ao qual funcionava o mercado, que esta diversidade de gentes podia ser percebida com mais clareza. Pois lá era possível encontrar entre vendedores e compradores todos os tipos descritos acima.

Trabalhos recentes como os de Paulo Moreira e Magda Gans buscaram investigar os detalhes desta diversidade, especialmente no que se refere às experiências dos negros (africanos e crioulos, escravos ou libertos) e à presença teuta em Porto Alegre. Moreira examinou a heterogeneidade nas formas de agir e viver dos negros na capital gaúcha. Em especial, as solidariedades que estes estabeleciam entre si. O autor apontou também para a existência de uma rede de amparo que a comunidade de origem africana parece ter estabelecido. Esta rede funcionava na medida em que o reconhecimento de uma determinada condição comum no seio da sociedade aproximava as experiências de cativos e ex-cativos. Maus-tratos, doenças e vingança eram alguns dos elementos que poderiam acionar as solidariedades entre este grupo. Contudo, estas poderiam ser quebradas caso a polícia, a Justiça ou outros interesses viessem a entrar no jogo.<sup>307</sup>

Esse universo de solidariedades e rupturas também não é estranho aos grupos estrangeiros que viviam em Porto Alegre. Gans identifica estes laços de mútuo auxílio entre os alemães que aí viviam. Estando fora das colônias, os teutos de Porto Alegre organizavam e freqüentavam espaços que lhes permitiam estabelecer vínculos e garantir a eficácia de suas atividades. Em função disso, boa parte da historiografia apontou serem os alemães de Porto Alegre, mormente, comerciantes ricos e pequenos industriais (oleiros, curtidores, ourives, etc) abastados. O trabalho de Ganz, através de um minucioso estudo demográfico identificou uma grande parcela de imigrantes e

---

<sup>306</sup> PORTO ALEGRE, A. *Op. cit.*, 1994, p.12; HÖRMEYER, J. *O Rio Grande do Sul de 1850*. Porto Alegre: Eduni-sul, 1986; RUGBAEAN, A. apud NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op. cit.*, 2004, p. 91-2.

<sup>307</sup> MOREIRA, P. *Op. cit.*, 2003.

descendentes que compunham os estratos médios e baixos daquela sociedade, o que também se confirma pela leitura dos autos dos processos-crime da cidade.<sup>308</sup>

Essa identidade entre os estrangeiros aparece igualmente em outros grupos, em especial, os ingleses e os portugueses. Os primeiros, bem menos numerosos, formavam um grupo de famílias facilmente reconhecível, que soube construir laços de parentesco com as famílias mais antigas e tradicionais da região.<sup>309</sup> Já os portugueses que viviam em Porto Alegre, nesta época, compunham-se em um grupo de características bem específicas. Boa parte deles era solteira, viviam de atividades comerciais e são nomes bastante citados nos documentos policiais em função de brigas e arruaças. Porém, em 1854, a comunidade organizou uma associação de assistência mútua, a Beneficência Portuguesa, a qual, inclusive, passou a alugar uma das enfermarias da Santa Casa de Misericórdia.<sup>310</sup>

Mas não é somente étnica e socialmente que se podem identificar grupos solidários entre a população de Porto Alegre. Muitos destes laços tinham por base acordos familiares, casamentos, proximidades políticas, mas também não estavam ausentes aí relações clientelares, de dependência e de trocas de favores. Os ritmos em que estas associações se faziam ou desfaziam seguia os rumos dos interesses de cada um junto aos grupos com os quais estava relacionado. E, nesse sentido, as questões de saúde tanto podiam acionar estas solidariedades quanto as desfazê-las.<sup>311</sup>

No caso específico dos cativos e libertos, os afetos e solidariedades existentes poderiam ampliar de forma bastante extensa a rede de *sofredores* mobilizada em torno de um enfermo.

Entretanto, não eram apenas as famílias e os escravos e libertos que formavam grupos solidários para enfrentar as moléstias com que lidavam em seu cotidiano. Um dos grupos mais significativos era, provavelmente, o formado pelos portugueses. Sobre estes, pelo que se pode depreender em especial da documentação judiciária, pode se dizer que eram em sua maioria homens, jovens e maduros, que vinham solteiros para o Brasil e que viviam de pequenos ofícios como donos de tabernas, carpinteiros, ferreiros,

---

<sup>308</sup> GANS, M. *Op cit.*, 2004.

<sup>309</sup> PORTO ALEGRE, A. *Op. cit.*, 1920; CORUJA, A. A. P. *Op. cit.*, 1993.

<sup>310</sup> PORTO ALEGRE, A. *Op. cit.*, 1920; ver também SILVA JR., A.L. da. *As Sociedades de Socorros Mútuos no RS (séculos XIX e XX)*. Porto Alegre: PUCRS, 2005 (Tese de Doutorado).

<sup>311</sup> As relações clientelares e verticais em termos de saúde serão analisadas com mais profundidade no próximo capítulo.

etc.<sup>312</sup> A força dessa colônia portuguesa assumiu tal importância no século XIX que a necessidade desses imigrantes sustentarem uns aos outros acabou ganhando, em 1854, uma forma institucional. O então vice-cônsul honorário de Portugal, Antonio Maria do Amaral Ribeiro fundou o Sociedade Portuguesa de Beneficência.<sup>313</sup> A Sociedade buscava criar um fundo comum para os associados e que viria a sustentá-los em caso de doenças ou invalidez, auxiliaria em funerais ou outras necessidades dos imigrantes em uma terra estranha.<sup>314</sup> Talvez, se sua existência fosse anterior, o caso que vimos acima, do ferreiro Joaquim José Fernandes, se desenrolasse de outra maneira já que ele teria uma alternativa à sua tentativa de formar laços de amparo com base em recompensas monetárias. Outro grupo de forte inserção social foram os alemães e seus descendentes que começaram a chegar à região por volta de 1824, mas que aí se fixaram sem estarem inseridos em um projeto articulado do governo Imperial, como ocorreu com a vizinha colônia de São Leopoldo. Desse grupo, o principal ponto de articulação solidária foi uma imprensa ativa que marcou a segunda metade do século XIX.<sup>315</sup>

Contudo, as solidariedades étnicas não parecem ter sido as únicas. Embora não se tenha documentos para, à época, atestar a presença de solidariedades profissionais é possível que elas existissem, em especial, entre os militares e suas famílias, mas não é possível fazer afirmações categóricas nesse sentido. O hospital militar tinha a função de cobrir a falta de estrutura de apoio em que viviam a maioria dos soldados (muitos vindos de outras partes do país e da província). Por vezes, no entanto, os praças podiam contar com a simpatia de um ou outro comandante, como aparece em uma das cartas de Domingos José de Almeida a sua esposa Bernardina.

“Porto Alegre, 25 de abril de 1835.

Minha velha do coração

Esta é a quarta que te dirijo, e bem tenho sentido não ter ainda alguma tua, para saber como passas e nossos queridos filhos, a quem abenço e abraço com as mais vivas saudades. Pouco temos avançado nas três sessões ordinárias, e eu só espero ocasião de apresentar um projeto de lei sobre o meio circulante, para regressar. Tenho sido muito obsequiado, e isso tem-me ocupado de sorte que nem mesmo para o iate

---

<sup>312</sup> Ver APRS – Sumários do Júri: M26 a M33 (1846 a 1861). A maioria dos portugueses que aparecem como réus ou testemunhas nos processos deste período enquadra-se dentro destas características gerais.

<sup>313</sup> FRANCO, S. da C. *Porto Alegre: Guia Histórico*. 3ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1998, p.67.

<sup>314</sup> Sobre as sociedades de mútua ajuda étnicas e trabalhistas, ver SILVA Jr., A. L. da. *Notas sobre o Mutualismo Étnico e a esfera do Trabalho (Rio Grande do Sul, século XIX)*. <http://br.geocities.com/alsilvajr2000/mutu.html> - Acessado em 5.12.2006.

<sup>315</sup> GANS, M. R. *Presença Teuta em Porto Alegre no século XIX (1850-1889)*. Porto Alegre: Editora da UFRGS / ANPUH/RS, 2004, p. 16.

tenho podido olhar, e por tal motivo é que ainda hoje segue o Filipe. No 1º iate manda-me 100 lúguas. De novo te recomendo que admoestes ao compadre Rolino muita vigilância nos escravos, concórdia entre todos, que não deixe de receber gados de costeiro, ainda mesmo por menos do que correr, que ponha vigia na mandioca e que nas falhas cuide da plantação da chácara, seguindo, porém, em primeiro lugar o que determinar o primo Cipriano. **Manda-me um vidrinho do remédio da Custódia e a receita de o fazer, que é para um meu patrício que muito me tem servido e padece de asma.**

Recebe, minha estimável velha, o coração saudoso do

Teu amante velho que muito te estima

Almeida”.<sup>316</sup> (Grifo meu)

Tais vínculos podiam ser estabelecidos entre iguais - família, grupos étnicos, sociais, amigos e vizinhos – como é possível encontrar em vários documentos da época. No processo do rapto da menor Amélia, o réu se aproveitou do fato de que a mãe desta estava fora de casa indo auxiliar uma vizinha que estava doente.<sup>317</sup> No caso de Dona Ana Joaquina Lessa sua enfermidade foi assistida por familiares e vizinhos, todos arrolados como testemunhas no processo contra o curandeiro Adão, que fora chamado a casa para curá-la de feitiço.<sup>318</sup> José Fonseca, agricultor morador dos subúrbios de Porto Alegre, contou num inquérito judicial de 1871, que sua mulher fora chamada para ministrar um chá para sua vizinha Anna Maria do Espírito Santo que fora agredida pelo amásio.<sup>319</sup>

Porém, a sociedade hierarquizada do período também parece ter sido rica em estabelecer liames de dependência recíproca no sentido vertical do escalonamento dos grupos sociais. Embora eu pretenda aprofundar adiante esse tipo de relação, é possível elencar alguns exemplos. Como as cartas dos irmãos Bittencourt, citada acima, ao falarem dos escravos, e de outros processos em que esse tipo de preocupação aparece. Como as diligências de D. Maria Clara da Silva para tentar salvar a vida de sua escrava Julia quando esta apareceu em sua casa após ter sido espancada por seu amásio, o preto forro José Marciano.<sup>320</sup> Ou como no caso, ocorrido em 1857, em que o marceneiro Samuel Felipe de Oliveira e outras pessoas que passavam em frente à venda do português Antônio Joaquim Guimarães ficaram indignados ao presenciar o mesmo

---

<sup>316</sup> ANAIS do Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (Coleção Varella). Vol. 2. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 1978, p. 138.

<sup>317</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano 1849, N. 803.

<sup>318</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano 1850, N° 811.

<sup>319</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M42, Ano 1871, N° 1224.

<sup>320</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M26, Ano 1846, N. 755.

jogar, aos pontapés, para fora de seu estabelecimento a preta Romualda, escrava do Dr. Moraes, um dos cirurgiões de Porto Alegre. Após ser violentamente agredida a preta ficara estirada na rua “*como morta sem fala e nem sinais de vida*”. À pedido do Inspetor de Quarteirão, Samuel correu até a casa do Dr. Bittencourt e dando-lhe conta do que havia passado pediu uma “*dose homeopática para a dita enferma e tanto que chegou de sua comissão, deitou remédio à boca da paciente e fez-lhe algumas fricções com aguardente nos braços, peito e costas*”.<sup>321</sup>

No caso dos escravos, a ida para o leito, ou rede, ou esteira, ou mesmo a deitar-se no chão sem soalho, dependeria de fatores que iam das forças do escravo ao interesse do senhor no cuidado deste. De fato, o cuidado das moléstias era um ponto importante de negociação entre senhores e escravos nesta sociedade. Paulo Moreira, em seu estudo sobre as experiências dos cativos na Porto Alegre da segunda metade do século XIX, ilustra bem este fato. Os processos-crime investigados pelo autor dão conta de inúmeras reclamações por parte dos escravos – quando os senhores não os cuidavam em caso de doença – ao mesmo tempo em que nos casos em que os senhores são inquiridos, estes sempre ressaltavam justamente o seu desvelo em tratar as moléstias dos que estão sob seu poder.<sup>322</sup>

Nesse sentido, é bastante interessante a documentação do júri de Porto Alegre com referência a morte do preto Miguel. O escravo era já bastante velho em 1875, quando foi levado da casa de sua senhora, D. Francisca Pinto, por Francisco José Barreto que queria experimentá-lo para ver se o comprava. Dias depois o escravo voltou à casa de sua senhora muito doente e alegando ter sido espancado pela esposa de Francisco, D. Inácia Alves Barreto. Na seqüência do processo, com a intenção de livrar-se da culpa pela morte do escravo, apesar de muitos terem dito testemunhar os espancamentos, D. Inácia – mulher de relações importantes na sociedade porto-alegrense, como ela mesma afirmava – busca construir sua inocência a partir da sua “conhecida bondade” para com os escravos quando enfermos. O principal testemunho vem do próprio médico que foi chamado para acudir Miguel e que já estivera na casa desta senhora tratando de outros escravos.

“(…) que em casa da acusada só tratou de uma preta que ali se achava alugada e que esse tratamento foi longo. Que em abono da verdade **essa doente foi cuidada pela acusada como uma pessoa da família**. Que ele fora chamado sempre que a doença

<sup>321</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M31, Ano 1857, N. 937.

<sup>322</sup> MOREIRA, P.S. *Op cit*, 2003, p. 48, 208, 278.

mostrasse alteração e os medicamentos eram aplicados quase sempre, quer de dia quer de noite” pela acusada e eram mandados vir por conta de seu marido (...) que a doente achava-se acomodada em um bom quarto assoalhado e [forrado] em uma cama de casal com colchão, lençóis e coberta de lã, quarto que era contíguo a sala de visitas e fronteiro com o quarto de dormir da acusada. Que este fato por si só fala bem alto e mostra quão humanitários e caritativos são os sentimentos que animam a acusada, e portanto tornam para ele testemunha incrível e improvável acusação que lhe é increpada”<sup>323</sup>

Note-se quais eram os elementos que aparecem ligados ao tratamento que seria o mesmo dispensado a uma pessoa da família: bom quarto, cama, lençóis, proximidade daquela que estava responsável pelo cuidado (o que, aliás, é bem significativo quanto ao papel das mulheres no trato das moléstias).<sup>324</sup> É, talvez, um pouco difícil acreditar na defesa que o Dr. Masson faz de D. Inácia, apesar disso, não podemos negar que ele pretendia, nesse testemunho, descrever o melhor tratamento possível a ser dispensado a um enfermo.

Por outro lado, para qualquer tipo de enfermo que se esteja olhando, a avaliação que este tinha do próprio mal era bastante importante. Visto que muitas das moléstias sentidas não tinham sintomas claros, a profundidade do mal-estar e o quanto este impossibilitava o enfermo de suas agências cotidianas acabavam ficando por conta da própria narrativa que este fazia de seu sofrimento. Não se pode, porém, desprezar os usos (e abusos) que eram feitos em vista das incertezas em torno dos diagnósticos e das práticas de cura. São inúmeros os relatos de doenças que pareciam ter como único intuito justamente a fuga dos afazeres cotidianos ou sua amenização. No caso do Exército e da Guarda Nacional não faltam “enfermos” pedindo dispensa para fugir ao compulsório e odioso recrutamento.<sup>325</sup> Na Santa Casa, medidas tiveram de ser tomadas contra os praças e os menores do Arsenal de Guerra que para lá iam “doentes”, pois estes últimos passavam o tempo todo correndo pelo pátio e fazendo alarido, enquanto que os rapazes mais velhos fugiam à noite, pulando os muros do estabelecimento, para

---

<sup>323</sup> APRS – 1ª Cível e Crime – Processos-crime Porto Alegre: Maço 134, Nº 3603, 1875. Novamente, agradeço ao colega Paulo Moreira pelo acesso ao fichamento deste processo.

<sup>324</sup> Ver WITTER, N. *Op cit.*, 2001, especialmente o capítulo 1.

<sup>325</sup> Ver RIBEIRO, J. I. *Op cit.*, 2005. Vejamos, por exemplo, o Ofício de 06/11/1825 do Barão de Serro Largo ao Coronel Comandante da guarnição e Depósito de São Gabriel Coronel Francisco Antônio de Borba: “Os oficiais que senão estimularem com o perigo da sua Província e que continuarem ainda a estarem doentes deverão semelhantemente serem remetidos para a capital, e recomendados ao mencionado Coronel para que ali os detenha, ou os mande para o hospital conforme seu estado” (AHRs – Fundo Autoridades Militares, L 180, M 002). Outras fontes para isto encontram-se em grande quantidade no Fundo Requerimentos do AHRs.

beber e namorar.<sup>326</sup> Entre os escravos, as doenças e mal-estares muitas vezes confundiam-se com os maus tratos, o que em não raro foi usado como arma de negociação com os senhores e a sociedade, que podia acolher ou rejeitar suas queixas contra aqueles.<sup>327</sup> Estes casos específicos merecem um estudo mais completo, para o qual aqui não temos espaço, entretanto, acredito ser importante percebermos que a doença, por vezes, podia representar algo além do sofrimento. Numa sociedade desigual, hierarquizada e violenta como a do Brasil do século XIX, adoecer ou simular uma doença poderia angariar para seu portador/ simulador ganhos secundários que iam desde simpatias por sua condição até o alcance de certas liberdades ou pelo menos de “zonas de respiro” ou espaços para a negociação dentro do afã dos afazeres diários.<sup>328</sup>

Logo, constatado o mal estar, e assegurado o resguardo necessário e condizente com a condição do doente era preciso tomar-se medidas contra aquilo que causava a aflição. Um chá poderia fazer retornar o bem estar, mas também acreditava-se, muitas vezes, que era preciso expulsar o mal do corpo. A maioria dos autores aponta aí para uma necessidade de extração física da doença. Assim, purgantes, suadouros, vomitivos, sangrias e outros eram imediatamente aplicados no intuito de limpar o corpo dos possíveis causadores da doença. Tal costume parece ter resistido longamente na história da saúde.<sup>329</sup>

Na Europa, ele tem sido apontado como um hábito duradouro segundo demonstram Geoges Vigarello e Edward Shorter entre outros.<sup>330</sup> No Brasil, o “sangrar e purgar” foi também uma terapia de grande abrangência. O purgante aparece nas tradições folclóricas rio-grandenses como uma das primeiras medidas a serem tomadas, Mariante, sugere que seu uso se estendia inclusive à ação preventiva das enfermidades e

---

<sup>326</sup> CEDOP – SCMPOA: Relatório apresentado pelo Provedor Marechal de Campo Luís Manoel de Lima e Silva (1867) e AHRS – Fundo Religião: Comunicações do provedor da SC ao Presidente da Província. Ver também FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Santa Casa 200 anos. Caridade e Ciência*. Porto Alegre: Ed. da ISCMPA, 2003.

<sup>327</sup> MOREIRA, P. S. *Op cit.* 2003, p. 48, 208, 247, 278.

<sup>328</sup> Alguns autores têm incluído a concepção dos ganhos secundários da doença nas análises do comportamento dos enfermos, em especial, no século XX. Sobre isso existe uma literatura significativa, em especial na antropologia médica. Entre os historiadores, ver os artigos de CAPLAN, A. *Op cit.* 2001, e SHORTER, E. *Op cit.* 2001b.

<sup>329</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M26, Ano: 1946, N. 755; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano: 1850, N. 811; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M29, Ano: 1853, N. 867; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M31, Ano: 1856, N. 923; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M31, Ano: 1857, N. 937.

<sup>330</sup> VIGARELLO, G. *Op cit.* 2001, p. 77-102; SHORTER, E. *Op cit.* 2001, p. 119; LINDEMANN, M. *Op cit.* 2000, p. 11.

era, geralmente, aplicado às crianças.<sup>331</sup> Como comentei no capítulo anterior, uma das mais contundentes provas do amplo uso das drogas purgativas e eméticas vem da arqueologia histórica, como demonstra o estudo comunicado por Tânia Andrade Lima. O estudo de lixeiras de casas do século XIX no RJ, de acordo com as investigações desta autora, apresentou uma quantidade bastante expressiva de vidros de remédios, sendo que a maior parte destes eram de purgantes.<sup>332</sup> Esse uso excessivo chegava mesmo a preocupar médicos e autoridades como vimos.

Um episódio que comprova esse costume ocorreu no interior da província do Rio Grande do Sul, no município de Santa Maria. Trata-se do caso que estudei em meu trabalho de mestrado. Em 1866, a jovem Henriqueta Pires de Arruda caiu gravemente enferma, e de acordo com as informações prestadas por sua mãe seus primeiros tratamentos foram compostos por chás e, como estes não resolveram apelara-se aos purgantes. Após, também foram aplicados suadouros, feitos com a ministração de chás e de resguardo no leito com muita roupa.<sup>333</sup> Mariante informa que os curandeiros que consultou diziam que um bom suadouro também ajudava a “doença a se declarar”, o que permitiria aplicar remédios mais específicos, por outro lado, impedia a doença de “ficar recolhida” e assim causar ainda mais mal. Nada pior que uma doença que não “sai para fora” e fica comendo por dentro.<sup>334</sup> Como a doença de Henriqueta tinha características estranhas – a jovem tinha ataques e expelia objetos como agulhas, lã e barro pela boca e nariz – as idéias de expulsão e de que “aquilo que sai do corpo *declara* a natureza do mal” parecem presentes aí.

De fato, não se pode subestimar a força da idéia de expulsão dos males físicos para fora do corpo nem sua continuidade. Ainda em 1911, por exemplo, o Hospital São Pedro de Porto Alegre, local em que eram recolhidos os pacientes com problemas mentais vindos de todo o estado, recebeu um casal de criminosos que alegava estar “privado da razão”. Vindos do mesmo município de Santa Maria, João Brito e Maria Esméria Soares eram acusados de matarem o irmão desta – moço que “há muito vivia alienado” – durante uma cura, na qual suadouros e pancadas tinham como objetivo a libertação do corpo do rapaz das doenças e do demônio. Os dois estavam seguindo à

---

<sup>331</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit*, 1984, p. 36; Mary Lindemann, citada acima também fala das “purgas primaveris”, isto é, sazonais, aplicadas como meio de prevenção.

<sup>332</sup> LIMA, T. A. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, II (3): 44-96, Nov. 1995 – Fev. 1996.

<sup>333</sup> WITTER, N. *Op cit*, 2001.

<sup>334</sup> MARIANTE, H. M. *Op cit*, 1984, p. 34 e LINDEMANN, M. *Op cit*, 2000.

risca o tratamento recomendado por uma curandeira, que havia sido consultada no município de São Gabriel, ainda mais ao oeste de Santa Maria.<sup>335</sup>

A sangria, aqui, também tinha um papel importante. Era em geral aplicada por um barbeiro-sangrador, que podia ser chamado pela própria família, ou por um outro curador consultado. Em alguns casos menos graves, o doente podia mesmo ir até o estabelecimento do sangrador, em outros era este que se deslocava até a casa do doente e aplicava algumas bichas (sanguessugas) para debelar a enfermidade. O costume tantas vezes apontado na história do Brasil, revestia-se até de uma certa moda na Porto Alegre de meados do XIX. Eram comuns as propagandas dos jornais anunciarem a vinda de sanguessugas direto da Europa e convidar aos clientes de determinada Botica ou de determinado barbeiro a virem até o estabelecimento experimentá-las.<sup>336</sup>

Declarada a doença, eram então aplicadas as práticas caseiras, caso houvesse entre os próximos da família alguém com as habilidades competentes, o que não raro havia. Estas práticas são também conhecidas como a “medicina” das mães e avós e consistiam em sua maior parte em chás, cataplasmas, unguentos, pós, escalda-pés, sinapismos, garrafadas, etc. O antropólogo americano Arthur Kleinman tem proposto, inclusive, que se diferencie estas práticas das da “medicina popular” dos curandeiros.<sup>337</sup> Para este pesquisador, esta diferenciação é importante para que se possam perceber as nuances que assemelham e diferenciam estas duas práticas, mais ainda, estas ocupariam lugares diferentes nas seqüências possíveis para o tratamento das doenças. Para Kleinman, as artes de cura familiares, por ele chamadas de *medicina doméstica*, têm um papel central como espaço de prevenção, diagnóstico, tratamento e convalescença. Seria, portanto, no universo destas práticas que, após o “diagnóstico” dos tipos possíveis de males e a resistência do enfermo às primeiras tentativas de cura, se recorreria aos sistemas externos, fosse a *medicina popular* dos curandeiros ou a *medicina acadêmica* dos médicos. Estas eram, muitas vezes, consultadas paralelamente. Além disso, ao ressaltar o papel das práticas caseiras estar-se-ia colocando em evidência o papel

---

<sup>335</sup> AHSM – Escrivania do Jury e Execução Criminal de Santa Maria. Processo-Crime: n.º 23. Ano: 1911. Devo a informação e a cópia deste processo à gentileza de Daniela Vallandro de Carvalho, Ana Paula Flores e Carla Barbosa.

<sup>336</sup> É possível encontrar nos jornais da época vários anúncios em que se propagandeava a chegada de sanguessugas recém chegadas da Europa e que poderiam ser aplicadas de imediato por excelentes preços. As ofertas anunciadas tinham valores entre 400 e 320 réis. MCSHJC – *Jornal do Comércio* (02.08.1850 e 14.06.1862).

<sup>337</sup> KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: na Exploration of Bordeland between Antropology, Medicine and Psychatry*. Berkeley : University of California Press, 1980.

feminino nas curas, fato que tem sido subestimado por antropólogos e folcloristas.<sup>338</sup> Françoise Loux, ao comentar a divisão – entre “medicina caseira” e “medicina popular” – sugerida por Kleinman, diz que embora esta separação seja didática e evidencie os pólos do campo terapêutico ela também comporta riscos. O mais importante é o de colocar limites excessivamente definidos para práticas que se davam, na maior parte das vezes, numa continuidade e não numa quebra.<sup>339</sup> Assim, embora a definição de Kleinman seja operativa para ressaltar a importância das práticas domésticas ela deve ser tomada com algumas ressalvas.

Dentro da análise que se está fazendo, é, por vezes, difícil determinar o que separa um “especialista” (o curandeiro) das práticas próprias das mães, avós e comadres junto ao leito dos enfermos da casa. Mas aprofundarei o assunto adiante quando falar, especificamente dos curadores existentes na época. Por enquanto, bastam o alerta tanto para as diferenças quanto para as continuidades existentes nestas práticas. Traços que, aliás, parecem claros em alguns documentos, como na carta trocada entre o Coronel Antônio Israel Ribeiro, que tinha uma fazenda em Taquari, e seu compadre Antonio d’Azambuja Vila Nova.

“Compadre, primo e amigo

Depois de sua estimada com data de hoje passo a responder. Recebi a lista que lhe devolvo. Junto achará a **receita a que uso para as afecções espasmódicas** da qual sempre tenho tirado feliz resultado: a forma a dar-se vai explicada na mesma receita. **Provoca-se abundante transpiração e excessivo calor interno, porém não deve dar água fria ao enfermo, e sim quebrada a frieza.** Com minha mulher e filhas agradecemos as saudações que nos enviou e retribuimos iguais a todos; pedindo que sause (sic) para nós uma benção em nosso afilhado. Sou com sincera estima.

Seu compadre e sincero amigo

Antonio d’Azambuja Vila Nova”.<sup>340</sup>

(Grifos meus).

Na seqüência do mapa que se está traçando, após declarada a doença começava-se o uso dos medicamentos mais próximos. O trabalho de Mariante é muito significativo neste sentido, pois o autor vai além das costumeiras compilações acerca das ervas

---

<sup>338</sup> Ver WITTER, N. *Op cit.*, 2001, cap.1 ; e também os processos: APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano 1849, N. 803; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano 1850, Nº 811; APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M42, Ano 1871, Nº 1224.

<sup>339</sup> Este debate aparece em LOUX, F. *Op cit.*, 2001, p. 671.

<sup>340</sup> L45 M16 – Arquivos Particulares (Walter Spalding): Doc. 2 – Carta assinada por Antonio d’Azambuja Vila Nova, Santa Ana, 22.07.1864, endereçada ao Cel. Antonio Israel Ribeiro. Infelizmente, não encontramos a receita anexa.

medicinais usadas pela população. Ele percebe que os conhecimentos tradicionais iam muito além das ervas e serviam-se de quase tudo o que estivesse “a mão” e pudesse ser usado como remédio. Mariante nomeia o recurso a estes elementos de *despensaterapia*. Banha, açúcar, sabão, vinagre, café, sal, cinzas, farinha de mandioca, tudo isto poderia ser misturado em combinações diversas, às vezes, com ervas da horta e do mato, dando origem aos mais diferentes tipos de medicamentos para os mais variados males. No processo contra a preta Maria Antônia, a curandeira revela usar banha de raposa, água de colônia e mercúrio em suas curas.<sup>341</sup> O curandeiro Adão Dino se utiliza de pólvora queimada perto do rosto de Dona Ana Joaquina Lessa.<sup>342</sup> Chama atenção a variedade de remédios em que o veículo era, por exemplo, a cachaça ou o vinho, a qual misturada com alguma erva servia para quase qualquer doença.<sup>343</sup>

Neste momento também era bastante comum o recurso aos manuais de medicina doméstica, como o famoso Chernoviz ou o Langaard. Conforme os define Maria Regina Guimarães em seu excelente artigo sobre o papel dos Manuais de Medicina no século XIX:

“Os manuais de medicina popular foram um tipo de produção literária sofisticada, freqüentemente em forma de livros de grossos volumes, que expressava a ciência médica do Império a ser divulgada junto ao público leigo. Foram escritos pela autêntica elite médica - autores que, ou faziam parte da Academia Imperial de Medicina 3 , ou tinham muito boas relações com as autoridades médicas e políticas do Império, em geral. E, se essas obras representavam a legítima ciência da época, eram, igualmente, legítimos agentes de medicina popular, tamanha sua aceitação e difusão entre a população leiga, que, através delas, pôde diagnosticar e tratar de seus males”<sup>344</sup>.

É certo que seu uso era mais comum entre as famílias abastadas e onde houvesse alguém que dominasse as letras ou entre leigos letrados que praticavam as artes de curar (como boticários, curiosos, fazendeiros, sinhás-mães), mas isso não quer dizer que o acesso a estes manuais estivesse vedado aos menos favorecidos. Pelo contrário, agregados, escravos, libertos, e pobres livres podiam recorrer a estes letrados (de quem eram clientela, podendo até mesmo ter relação de compadrio), que por seu acesso aos manuais, reputavam-se curandeiros.<sup>345</sup> Os inventários são uma fonte interessante para se descobrir a quem pertencia a posse desses manuais. No Rio Grande do Sul podemos

---

<sup>341</sup> APRS – Cível e Crime: Processos – Santa Maria – M25, Ano: 1866, N. 943.

<sup>342</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano: 1850, N. 811.

<sup>343</sup> Ver em MARIANTE, H. M. *Op cit.*, 1984, p. 52. APRS – Cível e Crime: Processos – Santa Maria – M25, Ano: 1866, N. 943, nesse caso o vinho aparece misturado com enxofre.

<sup>344</sup> GUIMARÃES, M.R.C. *Op cit.*, 2004, p. 2.

<sup>345</sup> *Idem*, p. 2-3.

citar o farroupilha José Gomes de Vasconcellos Jardim, que inclusive montou em sua estância um hospital particular, onde, inclusive, veio a morrer o General Bento Gonçalves. Jardim possuía em sua biblioteca o *Tratado de Medicina do Dr. Buchan* e o *Tratado de Medicina do Dr. Tissot*.<sup>346</sup> O Brigadeiro José Ortiz, que durante a guerra fora farroupilha e depois legalista, também possuía na biblioteca em sua estância em Alegrete (fronteira oeste da província) um livro intitulado *Medicina Popular*, um exemplar do *Chernoviz* e mais um livro de homeopatia acompanhado de uma caixa de botica.<sup>347</sup> Outro que tinha livros de medicina em sua biblioteca era o Padre Antônio Homem de Oliveira. Em seu inventário de 1861 constam dois volumes do Mello Moraes Homeopático (havia também uma caixa de botica com 16 remédios), um volume do Chernoviz, um formulário de Alopatria e um volume de matéria médica vegetal.<sup>348</sup>

O passo seguinte seria determinado pelo curso da enfermidade. Uma recuperação rápida poderia significar apenas a manutenção do resguardo por alguns dias. A natureza destes cuidados também poderia variar conforme a enfermidade. Moléstias de origem gástrica pediam dietas leves (ligeiras, como se dizia na época), compostas de caldos (de preferência, canja de galinha velha, porque tem mais “sustância”), chás, leite, bolachas (biscoitos) e mingau. Em caso do doente ter ficado muito debilitado, ou, em especial nos casos das doenças de origem pulmonar, se ministrava também um tônico reconstituidor. Estes até eram vendidos nas boticas, mas a tradição guarda a receita caseira que era feita com vinho (melhor se do Porto), gemada, mel puro, e por vezes o extrato de alguma erva como agrião, jurubeba, carqueja, cambará, entre outros.<sup>349</sup>

Em caso de não haver recuperação recorrer-se-ia a um ou diversos especialistas. Os curadores chamados podiam ser de formações variadas ou de uma única, isto é, os *sofredores* poderiam apelar simultaneamente ou em seqüência a curandeiros, benzedores, médicos, homeopatas, cirurgiões, boticários, sangradores. O apelo a múltiplos curadores é extremamente comum nos documentos e seria cansativo listá-los todos aqui. Para se ter uma idéia da quantidade destes que poderia ser convocada pode-se citar o agradecimento que D. Luíza Dina Saldanha, moradora de Porto Alegre,

---

<sup>346</sup> APRS – 2º Cartório de Órfãos – Porto Alegre, M7, Ano 1854, N. 99.

<sup>347</sup> APRS – Cartório de Órfãos e Ausentes – Alegrete, M23, Ano:1869, N. 294.

<sup>348</sup> APRS – 1º Cartório de Órfãos e Ausentes – Cachoeira, M13, Ano: 1861, N. 230. Agradeço a referência desse inventário a Alejandro Fenker Gimeno.

<sup>349</sup> Idem, p. 32.

publicou no *Jornal Mercantil* a 11 de agosto de 1857. Ela e os cunhados empenhavam sua gratidão pelos cuidados dispensados para com seu falecido marido durante sua enfermidade a nada menos que 12 curadores diferentes, sendo entre estes 4 chamados de doutores, destes últimos, um com certeza era *o boticário* Laurindo José de Siqueira.<sup>350</sup> Em meu estudo de mestrado, que tem como foco de análise o processo contra uma curandeira acusada de envenenar sua cliente, chamou a atenção justamente o fato de que a doente foi tratada por pelo menos mais três outros curadores: uma curandeira índia, um cirurgião da Guarda nacional e um homeopata.<sup>351</sup>

Não é raro encontrar na documentação, em especial nos processos-crime quando se convocava algum destes curadores como perito, aparecer justificativas do tipo “*não encontrado por andar fora visitando seus doentes*”.<sup>352</sup> De fato, a casa do enfermo, assim como a família, ocupava um lugar central nesta cartografia terapêutica. Aí eram ministrados os cuidados domésticos e demandados os auxílios a outras formas de terapia. É o que vimos em todos os documentos citados até aqui e em casos significativos como o do Requerimento feito por João Estácio Borges do Nascimento. Este:

“... achando-se em convalescença por ter sofrido (sic) um pleuris (sic) como mostra no documento junto e sendo lhe preciso pelo menos doze dias mais para sua convalescença, vem o suplicante respeitosamente requerer a V. Sr.<sup>a</sup> conceder-lhe os ditos doze dias de licença a fim de gozá-los em uma chácara no distrito de Belém, não só por ser em melhores ares como também por ali ter seus parentes em melhores proporções para tratarem, e como o suplicante nada possa fazer sem ordem ou concessão de V. S.<sup>a</sup> vem por isso rogar a V. S.<sup>a</sup> conceder-lhe a licença pedida na forma da lei.

De cuja graça E. R. M.

Porto Alegre, 16 de agosto de 1852”.<sup>353</sup>

Quando não possuíam familiares, escravos ou amigos que pudessem lhe dispensar cuidados, alguns doentes – caso tivessem recursos financeiros para isso – podiam contratar, em troca de dinheiro, benefícios ou casa e comida, um “enfermeiro”. Essa figura, longe de ter o significado profissional atual, era um cuidador que, muitas

---

<sup>350</sup> MCSHJC – *Jornal Mercantil* (11.08.1857) e AHRS – CG: M25 – 1854: Lista dos Doutores em Medicina, Cirurgiões e Boticários autorizados ou reconhecidos pela Câmara Municipal desta Cidade, habilitados para exercer suas profissões neste município.

<sup>351</sup> WITTER, N. *Op cit*, 2001.

<sup>352</sup> *Idem*.

<sup>353</sup> AHRS – Fundo Requerimentos: M91, Grupo Polícia, 1852. Os documentos não são numerados. O Fundo Requerimentos é formado por pedidos diversos que eram feitos às autoridades militares e civis da Província.

vezes, mudava-se para a casa do enfermo, aplicava-lhe remédios e o ajudava a seguir as prescrições dos curadores especializados. Foi exatamente isso o que encontramos no caso do ferreiro português Joaquim Fernandes.

O que não quer dizer que aqueles que sofriam de moléstias não se deslocassem. Pelo contrário, a viagem em busca de outros ares (ao menos para aqueles que tinham condições físicas e econômicas de fazê-las) se apresentava como uma das possibilidades a serem tentadas caso as terapias usuais não dessem resultado, principalmente para os doentes que dispunham de recursos para fazê-las. Sheila Rothman chama estes viajantes de *health seekers*, isto é, “buscadores de saúde”.<sup>354</sup> A autora afirma ser esta uma forma comum de “tratamento”, especialmente para os doentes de tuberculose, que partiam para longe de seus familiares em busca de novos ares que pudessem lhes proporcionar uma vida mais saudável.<sup>355</sup> Essas viagens iam, geralmente, em direção ao campo ou às regiões próximas ao mar. Além disso, eram encetadas, pelo menos até fins da década de 1870, de acordo com a autora, majoritariamente por homens. Infelizmente ainda não possuímos estudos sistemáticos para a região estudada que permitam pensar estas jornadas pela saúde em termos de moléstia específica ou em termos de gênero. Podemos, entretanto, afirmar que elas não eram raras, mesmo porque se encontram referências que se estendem longamente pelo século XIX.

Como exemplos, temos a viagem, em 1848, feita pelo General Bento Gonçalves, herói farroupilha, de sua estância em Piratini até o município de Pedras Brancas a fim de tratar-se de uma “pleurisia” em casa de seu companheiro de luta e amigo Coronel José Gomes Vasconcelos Jardim, curioso de medicina e afamado curador. Ou o obituário do Coronel José Ignácio da Silva Ourives, publicado n’*O Conservador*, em 1880, o qual a longo tempo sofria de incômodos de bexiga e ao qual não valeram os recursos da ciência que este várias vezes procurou na capital:

“Ainda ultimamente, desacoroçoado de obter alívio de seus longos padecimentos, retirou-se para sua estância, em cima da serra, a ver se ali no meio de outros ares

---

<sup>354</sup> ROTHMAN, S. A busca da saúde (cap. 3), e Os buscadores de saúde no oeste, 1840-1890 (Parte III) in, *Op cit*, 1995.

<sup>355</sup> É necessário não confundir esta medida com uma espécie de desenraizamento do doente e um total apartamento das relações familiares e de solidariedade, como o que aconteceria, mais tarde a partir do advento dos sanatórios. Estes enfermos eram muitas vezes enviados para a casa de parentes ou de pessoas com que se tivesse relações, fato que asseguraria o cuidado que a família ausente não poderia dispensar. Esse fato também pode ser notado pela luta que muitos destes enfermos-viajantes travaram para, vendo piorar seu estado, não morrerem distantes de suas famílias. *Idem*, Cap. 4.

conseguiria ao menos alívio e prolongava sua deteriorada saúde. Baldado intento; o que a ciência não conseguiu não lhe pode conceder também a pureza do clima”.<sup>356</sup>

Pedidos de afastamento de cargos públicos e mesmo das reuniões da Irmandade do Senhor dos Passos, que era responsável pela Santa Casa de Misericórdia, a fim de se proceder a uma viagem para recuperação da saúde são comuns tanto na correspondência do Presidente da província quanto nas atas de reunião daquela instituição.<sup>357</sup> Embora prevalecesse o discurso sobre a salubridade dos ares sulinos, a mudança de clima parece ter sido considerada uma terapia de grande eficácia e foi também bastante procurada pelos *sofredores* da época. A viagem podia dar-se em busca de um clima mais quente (especialmente nas doenças pulmonares e durante o inverno) e, às vezes, mais frio (aí a busca se dava durante o verão, quando a predisposição do corpo às evacuações podia agravar principalmente as moléstias digestivas). Ainda pode-se recordar a carta de Antônio de Bittencourt Cidade, encontraremos lá a prima Rita, que estava a andar pelas estâncias dos parentes, com alguma melhora, mas que boa não haveria de ficar. Foi o caso também de João Estácio Borges do Nascimento, citado acima. E também o do Padre Pedro Pierantoni, vigário colado da Freguesia da Villa de Alegrete que para tratar de uma doença pediu, em 1854, dois meses de licença de seu cargo para poder viajar até a capital da província em busca de medicamentos e cuidados.<sup>358</sup>

Até aqui, localizou-se, como um mapa de caminhos que poderiam ser seguidos, as possibilidades e os recursos para a cura que a época e o local ofereciam aos *sofredores* de moléstias e seus familiares. O importante é perceber que quando é deflagrado um momento de necessidade – a ocorrência de uma moléstia – as pessoas envolvidas, que devem tomar alguma atitude, vêm abrir-se diante delas algo que se assemelha a um “mapa” dos caminhos possíveis onde a cura poderia ser buscada. Esse mapa apontaria quais os procedimentos práticos e os curadores mais imediatos a serem acionados, quais os recursos em médio prazo e quais os extremos.

Nos confins destes mapas existem verdadeiras “zonas fronteiriças”, *orlas mundi*, regiões repletas de névoas e incerteza, as quais não se podiam visualizar com clareza num primeiro momento, mas que constituíam possibilidades efetivas, mesmo que remotas. Estas somente eram acionadas, em casos especiais, geralmente, após a ultrapassagem de muitas das zonas anteriores. Nesse “mapa” se encerram todas as

---

<sup>356</sup> AHRS – Arquivos particulares: L41 M6.

<sup>357</sup> AHRS – CG: M18 a 27; e CEDOP – SCMPA: Atas da Mesa da Santa Casa, Livros 1 a 3.

<sup>358</sup> AHRS – Fundo Requerimentos: M93, Grupo Clero, 1854.

possibilidades de tratamento “visualizadas” pelos *sofredores* quando a enfermidade se tornava presente. Caso esta fosse longa, novos lugares poderiam ir sendo incorporados à cartografia original.

Contudo, é importante notar que há tratamentos, há recursos, há lugares que não estão e não tem como estar nos “mapas” dos habitantes de Porto Alegre em meados do século XIX. Estes são as possibilidades que não existem em seu mundo, que não fazem parte do repertório de seus recursos possíveis. É o caso, por exemplo, da existência de um sistema organizado de saúde pública, ou de um médico especialista ou de equipamentos médicos sofisticados. Daí o anacronismo em se falar na “falta” desses elementos como uma característica que pode explicar quaisquer das condutas dos sujeitos estudados em sua luta contra a enfermidade.

É certo também que as posições dos elementos no mapa (e talvez a própria existência destes mesmos elementos) variavam de acordo com a posição social dos *sofredores*, as relações que mantinham em sociedade, o grupo a que pertenciam e a situação específica da deflagração da doença. Para uma família de um estancieiro se poderia ter os cuidados familiares (especialmente os das mulheres); depois, em zona mais afastada, uma variedade de curadores, uma viagem em busca de novos ares e novas terapias e, muito remotamente, na fronteira, o hospital (local onde se privilegiava o tratamento dos que não tivessem quem os cuidasse em casa<sup>359</sup>). Para uma família de comerciantes citadinos, ligados por uma relação de compadrio (ou outra) a um médico, este poderia estar mais perto – até mesmo de seus escravos, pois nesses casos o médico era um excelente álibi a isentá-los das culpas de maus tratos.<sup>360</sup> Para os “desvalidos”, aqueles a quem ninguém dispensava cuidados, ou eram pobres demais para ocuparem os braços da família no alívio de um doente, ou ainda para os escravos a quem os senhores (por diferentes motivos) não queriam tratar, o hospital poderia ser a “região” mais próxima.<sup>361</sup>

A existência de um “mapa” com zonas próximas, intermediárias ou fronteiriças não muda. O que efetivamente se altera é a posição ocupada pelos recursos/ curadores, ou mesmo sua própria presença. Isso tanto em relação às demandas dos *sofredores* quanto em relação à própria natureza, identificada por estes, do mal que dava origem as

---

<sup>359</sup> CEDOP – SCMPA: Relatório da SCM apresentado pelo Provedor Dr. João Rodrigues Fagundes (1855).

<sup>360</sup> APRS – 1ª Cível e Crime – Processos-crime Porto Alegre: Maço 134, Nº 3603, 1875.

<sup>361</sup> Ver WITTER, N. *Op cit.*, 2006.

buscas pela cura. O fato é que seria necessário um estudo de vários casos onde estas seqüências aparecessem (o que as pesquisas existentes não nos permitem), a fim de poder estabelecer quais eram as regularidades nas escolhas desta variedade de caminhos e, desta forma, poder falar com mais detalhe sobre os padrões encontrados na configuração destes mapas. O que se pode, no entanto, com uso das fontes disponíveis é perceber que existiam alguns elementos, como os que vimos acima, que eram comuns a grande parte dos *sofredores* e compunham um *mapa geral*, ainda que se ressalve explicitamente que eles podiam ser mudados em muitos casos.

### Capítulo 3 - Beneficência e proteção para a Humanidade enferma

“Este pio estabelecimento, que tanto enobrece, e orna esta cidade, muita honra faz à caridade Evangélica d’essas almas sublimes, que com suas esmolas, e zelo o instituíram em prol da humanidade enferma e desvalida. No meio da corrupção do século, e no embate de paixões egoístas nunca faltam almas piedosas, a quem a religião anima, para suavizar os amargores da desgraça”<sup>362</sup>.

Quando, no capítulo anterior, buscou-se construir um mapa dos recursos possíveis de serem acionados pela população nas vezes em que a aflição da doença a assaltava, três foram as intenções. Primeiro, deixar claro que ela não estava desprovida de alternativas de busca da cura. Segundo, que a forma como esses expedientes eram acionados correspondia a lógicas próprias da época estudada. E, terceiro, a profunda dependência que as questões de saúde estabeleciam com o cotidiano da vida, com as concepções culturais e com a intrincada trama das relações sociais. Um tal dimensionamento faz perceber os *sofredores* como uma categoria que concentrava em si, neste período, poderes reais no que diz respeito às decisões a serem tomadas sobre seus corpos. É certo que estes poderes e as escolhas que eles permitiam não eram livres dos condicionamentos próprios daquela sociedade. Entretanto, o reconhecimento das margens de domínio e liberdade dos enfermos e seus próximos nos permitem compreender a saúde não somente como um tema sobre o qual convergiam diferentes inquietações, mas também como um terreno onde demandas e respostas eram continuamente negociadas entre os diversos setores do todo social.

---

<sup>362</sup> AHRS – RPPRS: A7.02 – Barão de Caxias (1846). O estabelecimento a que se refere o Barão é a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Assim, o que interessa, aqui, é começar a conjugar as demandas dos *sofredores* nas questões de saúde com as respostas articuladas pela sociedade em que viviam. Neste capítulo, me deterei naquelas que se organizaram na forma de instituições e ações dos representantes do Estado Imperial. Logo, se a saúde e a doença configuram-se como uma arena onde os diferentes valores e objetivos dos grupos sociais eram transacionados, não se pode esquecer que os homens que representavam o poder político administrativo muitas vezes se utilizavam de suas ações neste campo para angariar apoios e conquistar clientelas. Conforme definiu Richard Graham, no início de sua obra sobre clientelismo e política no Brasil dos oitocentos:

“O clientelismo constituía a trama de ligação da política no Brasil do século XIX e sustentava virtualmente todo o ato político. (...) a concessão de proteção, cargos oficiais e outros favores, em troca de lealdade política e pessoal, funcionava para beneficiar especialmente os interesses dos ricos”. E serve “para esclarecer o vínculo entre as elites e o exercício do poder”<sup>363</sup>.

De fato, a atuação de burocratas e políticos estava quase sempre pautada na tentativa de combinar seus interesses pessoais e familiares com os do Estado a que serviam. Ou seja, mais do que o Estado em si, o que nos interessam são as formas pelas quais este foi efetivado por seus representantes, seus burocratas, seus políticos. O estudo deste segundo sujeito é o objetivo deste capítulo.

Para levar a cabo a investigação aqui proposta, farei, numa primeira parte, uma breve retomada da historiografia que se utilizou da figura do Estado como sujeito importante nas análises em História da Saúde Pública. Na segunda parte do capítulo, farei um estudo sobre qual era a situação em que se achava a província de São Pedro no período que se segue ao final da Revolução Farroupilha. Neste sentido, me interessam as formas pelas quais os funcionários burocráticos do segundo reinado buscaram reestruturar a máquina do Estado na região, em especial, no que diz respeito a suas ações em relação à saúde da população. Num terceiro momento do texto, meu interesse irá se colocar sobre os acordos do governo com a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o papel desta junto à saúde dos habitantes da capital. Por fim, na quarta parte, interessa-me analisar as ações do governo imperial no período que se segue a 1850. Percebendo aí como os recursos de saúde passaram igualmente a figurar numa espécie de cartografia; um mapa dos expedientes possíveis de serem acionados em caso de necessidade. Uma necessidade como a ocorrência de grandes epidemias.

---

<sup>363</sup> GRAHAM, R. *Clientelismo e política no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1997, p.15

### 3.1. O Estado como sujeito na História da Saúde

O Estado se apercebe da importância da Saúde Pública na medida em que toma consciência que seu poderio militar e político dependem dela. Logo, o estudo do Estado como um sujeito histórico nas análises em história da saúde confunde-se, de fato, com a própria concepção de uma História da Saúde Pública. É, em geral, consensual apontar este tipo de investigação na tradição acadêmica como tendo origem na segunda metade do século XX. Foi nesta época que alguns intelectuais médicos, como H. E. Sigerist e George Rosen, ancorados na tradição que via a medicina como instrumento de reforma social<sup>364</sup>, uniram suas influências socialistas e o otimismo econômico social do pós-guerra e começaram a escrever sobre que o reconheceram como o processo de coletivização da saúde.<sup>365</sup> Suas idéias tinham como ponto fundamental um “otimismo sanitário”, o qual envolvia a crença no planejamento das ações em saúde e no Welfare State (o Estado de Bem Estar).

Rosen, em sua obra clássica *História da Saúde Pública* (1958), defendia a idéia de que o surgimento da Saúde Pública estaria intimamente ligado à centralização estatal. Sua tese dava à atuação do Estado um papel fundamental e fundador nas preocupações com a saúde da população, cujo bem-estar estaria relacionado, desde os teóricos do mercantilismo, ao poder e fortalecimento do Estado moderno. O que chama a atenção em sua obra é a preocupação em construir uma história da Saúde Pública e das descobertas científicas absolutamente contextualizadas no tempo (demonstrando as diferenças entre cada época histórica) e no espaço (colocando em perspectiva as alteridades entre os Estados). Nesse sentido, o trabalho de Rosen é, em sua época, uma abordagem bastante original pelo fato de romper com a tradição de uma história da medicina baseada unicamente nos feitos de grandes médicos e em suas descobertas. Rosen defende a idéia de que a medicina é uma ciência social, e que, assim, sua história somente pode ser estudada dentro de um viés histórico social no qual a doença e a saúde aparecem como elementos produzidos, não apenas pela biologia, mas também socialmente. Para ele, os profissionais da Saúde Pública deviam, portanto, ser compreendidos em seu contexto sócio-histórico, mas também político e econômico.

---

<sup>364</sup> A qual remonta às obras dos germânicos Johann Peter Frank (1748-1821) e Rudolf Virchow (1821-1902) e aos inquéritos sobre as condições de vida dos trabalhadores no século XIX, como os *Public Health Reports* do governo inglês. Rosen estuda-os com detalhe em seu *Da Polícia Médica à Medicina Social* (Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979).

<sup>365</sup> As obras clássicas destes autores são: SIGERIST, H.E. *Civilization and Disease*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1952; ROSEN, G. *Op cit.*, 1994.

Contudo, Rosen deu a estes o lugar de “heróis” em sua história, ou seja, seria através das lutas destes personagens para melhorar os níveis de saúde e prevenir as doenças, com base no desenvolvimento científico e na reforma social, que teríamos atingido os níveis de salubridade e incremento populacional que conhecemos. Esta leitura foi bastante criticada nas últimas décadas, em especial por sua visão progressista, linear e otimista, a qual Dorothy Porter chamou “tradição heróica”.<sup>366</sup>

Em oposição à perspectiva roseniana, estudiosos, tanto médicos quanto cientistas sociais, passaram a projetar, a partir da década de 1960, uma sombra pessimista sobre a tese da vitoriosa ascensão da ciência médica e da preocupação do Estado com a saúde da população. Os conflitos sociais e políticos daquela década abriram espaço para que se começasse a questionar até mesmo o papel das descobertas médico-científicas na melhoria dos níveis de vida no Ocidente. Pelo menos três destes críticos abalaram profundamente as teses de Rosen: Thomas McKeown, que com seus estudos sobre demografia comprovou que a queda na mortalidade infantil devia-se mais ao incremento agrícola que aos avanços da medicina<sup>367</sup>; Ivan Illich, cujas críticas ácidas acusavam a medicina de fazer mais mal que bem, gerar a necessidade dos serviços de saúde e impedir os indivíduos de negociarem com suas próprias mazelas<sup>368</sup>; porém, foi Michel Foucault, sem dúvida, o maior nome desta corrente crítica.

De acordo com a perspectiva defendida por este autor, que teve enorme influência sobre parte da historiografia brasileira de Saúde Pública nas décadas de 1970 e 1980, a medicina se inseria em um complexo sistema disciplinar que buscava controlar, vigiar e normatizar os comportamentos, produzindo para isto saberes, seres e instituições. Estas seriam necessidades próprias dos modernos Estados de feição capitalista, os quais haviam se aliado à ciência na instalação de um processo fundamentalmente controlador.<sup>369</sup> Assim, para Foucault, o processo de ascensão da medicina científica deu origem a uma “medicalização” – no sentido de estabelecer controles sobre os comportamentos – da sociedade e das relações sociais.<sup>370</sup> Tal fato

---

<sup>366</sup> PORTER, D. Introduction, in \_\_\_\_ (ed.) *The History of the Public Health and the Modern State*. Atlanta: Rodopi, 1994.

<sup>367</sup> Trabalhos com base nas análises demográficas tiveram um papel significativo aí, ver MCKEOWN, T. *The rise of Modern Population*, London, 1976; \_\_\_\_\_. *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis?* (1ªed, 1976), Princeton: Princeton Paperbacks, s/d.

<sup>368</sup> ILLICH, I. *Medical Nemesis*. London: Calder and Boyars Ltd, 1975. A tese de Illich vai um pouco no espírito do texto de Borges que analisamos no capítulo anterior.

<sup>369</sup> Ver FOUCAULT, M. *Op. cit*, 2004; \_\_\_\_\_. *Op. cit*, 1977.

<sup>370</sup> O termo é utilizado pelo autor pela primeira vez em 1967. Contudo, é preciso atenção em perceber que, de fato, a palavra *medicalização* possui muitos sentidos. Ela pode significar coerção (controle

permitiu que os médicos exercessem seu poder profissional para policiar a saúde, a doença e também os comportamentos, qualificando o que era normal e o que era desvio. Tal processo visaria regular a produção e a reprodução da vida com maior facilidade por parte dos detentores do poder. Com base nestas idéias, Foucault influenciou um tipo de análise cujo elemento principal era o confronto entre a expansão da Saúde Pública com o fortalecimento dos poderes de controle e vigilância do Estado. Esta vertente tem sido chamada de “anti-heróica”<sup>371</sup> e os trabalhos produzidos nesta área, na América Latina e no Brasil, se tornaram mais numerosos a partir da década de 1970, daí a grande influência foucaultiana. Uma boa parte destas obras teve sua origem justamente a partir de um diálogo entre a história e o campo da Saúde Pública. As obras que, no Brasil, exemplificam mais fortemente esta tradição foucaultiana foram os trabalhos de Roberto Machado, Jurandir Freire Costa e Madel Luz.<sup>372</sup>

Nos anos 1980, a crise do Welfare State na Europa Ocidental e na América do Norte tornou-se clara com a ascensão da política neo-liberal. Tal fato pôs em choque a idéia de que o Estado de *bem-estar* seria o caminho para promover uma sociedade mais justa e igualitária. Por outro lado, nas décadas de 1980 e 1990, a fragmentação de áreas e interesses de estudo no campo da história aliada à renovação e diversificação dos interesses dos historiadores, bem como a busca de alternativas aos grandes “esquemas explicativos”, deu origem a outros estudos que têm posto em destaque a Saúde Pública e o papel do Estado em sua construção. Neste sentido, pelo menos dois “balanços críticos”, um em nível internacional e outro nacional, produzidos acerca do tema merecem ser citados aqui: a obra dirigida por Dorothy Porter que pretendeu avaliar as tradições roseniana e foucaultiana comparando-as com novas pesquisas em diferentes países europeus<sup>373</sup>; e o texto de Nísia Trindade e Maria Alice Carvalho, que pretendeu

---

obrigado), norma social – sentidos utilizado por Foucault na maioria das vezes –, mas também pesquisas de novos elementos científicos, progresso no domínio da Saúde Pública, convencimento das verdades científicas de determinados setores sociais. Ver GOUBERT, J.-P. *Op cit.*, 1998.

<sup>371</sup> PORTER, D. *Op cit.*, 1994.

<sup>372</sup> Pode-se citar aqui COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1979; MACHADO, R. *et al. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979; LUZ, M.I T. *Medicina e ordem política brasileira: 1850-1930*. Rio de Janeiro, Graal, 1982. Como análise destes trabalhos na historiografia sobre medicina, ver EDLER, F. C. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio*. Vol. L-2, 1998, p. 169-86.

<sup>373</sup> PORTER, D. *Op cit.*, 1994.

discutir os estudos em história da Saúde Pública no Brasil no contexto de suas influências historiográficas.<sup>374</sup>

Assim, as pesquisas realizadas nas últimas décadas na área da história da Saúde Pública têm apontado para uma visão que busca superar tanto a concepção que a vê como um processo constante rumo ao progresso, quanto como parte de uma marcha implacável em direção a uma sociedade disciplinada por saberes e poderes. A idéia, conforme ficou demonstrada na obra coletiva organizada por Dorothy Porter, não é a de excluir ou negar a importância das concepções de Saúde Pública de tipo roseniano ou foucaultiano, mas buscar alternativas para estas análises, aplicando-as em tempos e lugares diferentes e dando maior espaço para as pluralidades do processo histórico.<sup>375</sup> O Estado, contudo, não desaparece como sujeito nas análises mais recentes. Porém, a compreensão de seu papel junto à Saúde Pública tende, aí, a abdicar dos esquemas pré-concebidos em troca do estudo de contextos locais, regionais ou nacionais múltiplos, além de incorporar variáveis diversas e o mais amplas possíveis. Nesse sentido, a proposta aqui é analisar o papel dos representantes do Estado imperial em suas ações efetivas em relação ao que consideravam como importante para amparar a população em termos de saúde, especialmente em suas repercussões políticas e sociais. Com isso, se pretende evidenciar os aspectos importantes determinados tanto pelo contexto regional e nacional, quanto às contradições próprias que a área da Saúde Pública, ainda emergente como preocupação do Estado brasileiro, continha em si no período estudado.

### **3.2. Sob o “paternal poder” de Sua Majestade D. Pedro II: o Estado imperial no Rio Grande do Sul pós-1845**

Os anos imediatos ao fim da Farroupilha configuraram-se como um período cauteloso nas relações entre a província do Rio Grande do Sul e o governo imperial. Politicamente, os efeitos da guerra civil geraram um ambiente ainda pouco definido e cuja principal preocupação era a “*reconstrução da desestruturada economia sul-rio-*

---

<sup>374</sup> TRINDADE, N. e CARVALHO, M. A. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In FLEURY, S. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992. Um outro balanço historiográfico mais recente incluiu também a produção Latino Americana preocupou-se em apontar caminhos e perspectivas para os estudos na área da saúde, ver HOCHMAN, G. e ARMUS, D. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução, in \_\_\_\_\_. (org.s). *Op. cit.*, 2004, pp.11-27.

<sup>375</sup> PORTER, D. *Op. cit.*, 1994.

*grandense de base pecuarista*”.<sup>376</sup> Mesmo em Porto Alegre, esta reorganização não parece ter se dado sem alguns traumas. As disputas políticas pouco a pouco tomavam outros nomes e novos interesses podiam até mesmo dissolver alianças que haviam existido antes e logo após a pacificação. Acima destas disputas, que iriam povoar toda a segunda metade do século, erguia-se, neste momento a necessidade de reconstrução, a qual pretendia alinhar-se com os ideais de “civilização”<sup>377</sup> que iriam marcar o segundo reinado e a imagem que buscou construir a atuação do jovem monarca brasileiro.<sup>378</sup>

Era esse ideal de “civilização” que o Barão de Caxias celebrava, em 1846, na parte de seu relatório que se dirigia à Santa Casa de Misericórdia. Louvando os cidadãos que a mantinham, o Presidente instava a Assembléia a subscrever auxílios ao estabelecimento como forma de incentivar a criação de outros congêneres no interior da província.<sup>379</sup> As ações de Caxias e seus sucessores, no entanto, procuraram ir além dos elogios e do apoio às instituições de caridade. De fato, mesmo que de forma um pouco limitada, nota-se um certo esforço por parte do governo provincial em colocar em prática os ditames de uma série de leis que, desde fins da década de 1820, procuraram regulamentar os elementos que se acreditavam influir na qualidade da saúde da população: cemitérios, enterros, venda de gêneros e remédios, hospitais e moléstias contagiosas.<sup>380</sup>

Caxias, em seu período frente à administração da província, buscou implementar ações no sentido de: dar à capital novas feições, demonstrar interesse do Império para com a população da região e dar respostas tanto à legislação (em aspectos que nunca haviam saído do papel) quanto a antigas reivindicações dos seus habitantes. Essas obras trataram dos problemas gerais da cidade. Um deles, por exemplo, dizia respeito ao abastecimento de água potável para a população, o qual se pretendeu resolver com a

---

<sup>376</sup> PICCOLO, H. I. L. *Vida Política no século 19: da descolonização ao movimento republicano*. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 1991, p. 49. Sobre a Revolução Farroupilha e os acordos que permitiram a paz, ver PESAVENTO, S. *et alli*. *A Revolução Farroupilha: história e interpretação*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1985; e GUAZZELLI, C. A. B. *O horizonte da Província: a República rio-grandense e os caudilhos do Rio da Prata (1835-1845)*. Rio de Janeiro: UFRJ (Tese de Doutorado), 1998; sobre a economia do RS, antes e após a Revolução, ver ANTONACCI, M. A. *et al*. *RS: economia e política*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1979.

<sup>377</sup> Entenda-se por “civilização” a idéia de um tipo europeu de civilização, na qual a elite e o governo brasileiros da época tinham seu ideal e seu modelo.

<sup>378</sup> Ver, SCHWARCZ, L. M. *As Barbas do Imperador. D. Pedro II, um monarca nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

<sup>379</sup> AHRIS – Relatório das Falas dos Presidentes da Província – Barão de Caxias – 1846, A7.02.

<sup>380</sup> Ver Lei 30 de agosto de 1828 e PIMENTA, T. S. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX, in CHALHOUB, S. *et al*. *Op cit.*, 2003b, p. 316

construção de um trapiche que adentrava 200 palmos no Guaíba.<sup>381</sup> Outro aspecto que mereceu a atenção do presidente foi o cemitério que existia atrás da Igreja Matriz, o qual parecia apresentar um quadro dos mais macabros, com “*cadáveres de escravos mal amortalhados e forçados pelos cães errantes*”.<sup>382</sup> Um tal quadro não somente ignorava a lei sobre os cemitério de 1828<sup>383</sup>, como também colocava em perigo a salubridade pública, nas palavras do Barão:

“(…) tão pequeno cemitério, mas tão apinhado de cadáveres, cuja exalação, tão sensível ao olfato em dias calorosos, era quase suficiente para pejar o ar de partículas deletérias. (...) para extinguir o **escândalo** e esse foco de miasmas, não julguei dever esperar mais. Fiz com que a Santa Casa se incumbisse da edificação de um novo cemitério fora da cidade, em lugar escolhido por uma comissão de pessoas entendidas”.<sup>384</sup> (Grifo meu).

Conjugado a isso, foi promulgada a Lei de 7 de maio de 1846, onde o Presidente da província autorizava a si mesmo a fornecer, *na forma de empréstimo*, 10 contos de réis à Santa Casa de Misericórdia para fechar o local escolhido para o cemitério e torná-lo apto aos enterramentos.<sup>385</sup> O cemitério da Igreja Matriz não era o único de Porto Alegre nesta época. De acordo com Mara Regina do Nascimento, que estuda a mudança cemiterial aí ocorrida, existiam pelo menos sete locais no interior da urbe que eram destinados para enterramentos, o que, na verdade, mantinha a estreita intimidade entre os vivos e os lugares em que eram depositados os mortos.<sup>386</sup> Apesar disso tudo, o cemitério somente entrou em funcionamento de fato em 1850.<sup>387</sup>

Mais do que buscar efetivar a solução de um problema que se arrastava já há quase uma década na Câmara de Porto Alegre (a quem por lei caberia a direção do processo de mudança cemiterial), gostaria de salientar dois elementos que chamam a atenção no caso acima descrito. Primeiramente, a referência ao *escândalo* de uma povoação que parecia não respeitar nem aos mortos – pois os mantinha num terreno à

---

<sup>381</sup> A obra foi destruída um ano depois pela enchente de 1847. FRANCO, S. C. *Op. cit.*, 1998, p.145.

<sup>382</sup> Paulo Moreira em seus estudos nos processos-crime de Porto Alegre, encontrou referências, inclusive, de que neste cemitério eram feitos enterramentos clandestinos, em especial, de escravos, cujos maus tratos dos senhores houvesse resultado em morte. MOREIRA, P. S. *Op. cit.*, 2004, p. 170.

<sup>383</sup> A Lei imperial de 28 de outubro de 1828 “regulamentou as funções das câmaras municipais, incluindo entre elas a *urbanização* das cidades, sinônimo de ‘civilização’, e a criação dos cemitérios fora dos templos”. VAÍNÍFAS, R. (dir.) *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, verbete “Cemiterada”, escrito por Sheila de Castro Faria, p.128.

<sup>384</sup> AHRS – Relatório das Falas dos Presidentes da Província – Barão de Caxias – 1846, A7.02.

<sup>385</sup> FRANCO, S. C. *Op. cit.*, 1998, p. 109.

<sup>386</sup> NASCIMENTO, M. R. do. Irmandades religiosas na cidade: entre ruptura e continuidade na transferência cemiterial em Porto Alegre, no século XIX, *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, V. XXX, n. 1, junho de 2004, p.89.

<sup>387</sup> FRANCO, S. C. *Op. cit.*, 1998, p. 109.

mercê de enterros clandestinos e cães vadios em busca de comida – nem aos vivos – os quais ficavam sujeitos tanto às partículas deletérias causadoras de doença quanto ao tétrico espetáculo dos cadáveres descobertos de terra, como que saindo de suas tumbas. Logo, o que escandalizava ao Presidente era justamente a continuidade de uma situação que depunha contra o ideal de civilização que o Império professava e, nesse sentido, um saneamento moral era tão importante quanto o saneamento da morte. Tais idéias estão de acordo com aquelas que Dorothy Porter apontou para os chamados reformadores filantrópicos e moralistas, personagens comuns na Inglaterra e na Europa do século XIX. De fato:

“Os reformadores Filantrópicos percebiam a Saúde Pública como uma campanha para o melhoramento humanitário do pobre através da eliminação da sujeira ambiental e da depravação moral com um único golpe”.<sup>388</sup>

A autora assinala também que Charles Rosenberg e Barbara Rosenkrantz igualmente discutem como o extenso papel representado pela higiene ambiental conjugada à reforma moral esteve presente no início dos movimentos de saúde pública nos EUA.<sup>389</sup> Contudo, não se podem confundir as preocupações de Caxias com a existência de um “movimento” de incremento da saúde pública através de uma reforma higiênica e moral. O fato, porém, é que estas idéias não estavam ausentes do cenário político-social do Brasil do XIX, aspecto que nos obriga a ficar atentos às suas implicações tanto no que se refere às ações efetivas quanto às orientações legislativas, mesmo que estas nem sempre tenham sido postas em prática.

O segundo ponto é ainda mais importante e podemos percebê-lo no fato de que o dinheiro que deveria ser utilizado para a efetivação do cemitério fora dado em empréstimo e seria gerido pela Santa Casa de Misericórdia, a qual cabia a administração do novo local. Este fato explicita claramente dois aspectos muito importantes com os quais se deve considerar a atuação estatal em termos de Saúde Pública na época. Em primeiro lugar, ele consubstancia a antiqüíssima ligação entre as Misericórdias e o Estado luso-brasileiro, constituindo mesmo um braço deste durante o período colonial e continuando estreitamente vinculadas a ele durante quase todo o Império.<sup>390</sup> Essa relação

---

<sup>388</sup> PORTER, D. *Op cit*, 1994, na p. 10 (versão minha). Ver também FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social, *Op.cit*, 2004, p. 90.

<sup>389</sup> PORTER, D. *Op cit*, 1994, p. 10.

<sup>390</sup> Ver o estudo de BOSCHI, C. C. *Os leigos e o poder (Irmandades Leigas e Política Colonizadora em Minas Gerais)*. São Paulo: Ática, 1986; ABREU, L. O papel das Misericórdias dos "lugares de além-mar" na formação do Império português. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII(3): 591-611, set.-dez. 2001.

íntima entre as irmandades leigas e o governo ficava ainda mais próxima se levarmos em conta o fato de que Caxias, como vários de seus sucessores e antecessores, acumulava o cargo de presidente com o de provedor da Santa Casa de Misericórdia. O segundo aspecto, e certamente relacionado com o primeiro, diz respeito à questão de a quem caberiam as responsabilidades acerca da implementação das ações em termos de saúde pública. Nesse sentido, pode-se tentar responder esta pergunta partindo de duas idéias. Uma delas diz respeito ao fato que “*a provisão dos serviços sociais não era considerada como responsabilidade das autoridades*” governamentais.<sup>391</sup> A outra se refere ao fato de que as ações em termos de saúde pública mesclavam-se, nas concepções administrativas da época, às noções de caridade e auxílio aos pobres e *desvalidos*.<sup>392</sup> O fato é que, conforme enuncia Dorothy Porter, embora se possa datar a origem da adoção da saúde da população como razão de Estado entre os séculos XVI e XVII, na Europa, no século XIX este processo ainda está sendo negociado. Ou seja, o debate sobre como se efetivariam as ações neste sentido e que parte delas seria assumida por cada um dos setores da sociedade ainda estava em aberto.<sup>393</sup>

É certo, porém, que a questão dos enterramentos e da mudança cemiterial comporta outros elementos que não dizem respeito diretamente à saúde pública e aos discursos e ideais civilizatórios. Religiosidade, simbologias e crenças ancestrais mesclavam-se na forte resistência da população em cumprir as determinações da lei de

---

<sup>391</sup> RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos*. Brasília: UNB, 1981, p. 356.

<sup>392</sup> A palavra *desvalido* sugere exatamente “alguém que não tem quem o valha”, isto é, pessoas que careciam de proteção monetária, familiar ou social que lhes garantisse socorro nos momentos de aflição. “... a colonização não produziu apenas colonizadores, colonos e escravos, já sabemos. Em escala crescente, ela criou uma massa de homens livres pobres, que se distribuíam de maneira irregular na imensidão do território e povoaram as mentes e escritos dos cronistas, autoridades governamentais e demais componentes da “boa sociedade”, desde o século XVIII. De maneira preocupante quase sempre. // Não tinham lugar, nem ocupação; não pertenciam ao mundo do trabalho, e muito menos deveriam caber no mundo do governo. Predominantemente mestiços e negros, estes quase sempre escravos que haviam obtido a alforria. Vagavam desordenadamente, ampliando a sensação de intranquilidade que distinguia a crise do sistema colonial, estendendo-se pela menoridade. // *Agregados* ou *moradores*, se conseguiam posse de um pedaço de terra por favor do grande proprietário, entre as terras impróprias para o cultivo comercial; *vadios*, se contrastavam com homens de cabedal, preenchedores do sentido da colonização, nas regiões de grande lavoura e de mineração; *a pobreza*, se vivam da caridade alheia, das mulheres abastadas ou das Misericórdias; *a mais vil canalha aspirante* para o dicionarista Moraes, porque se aproveitavam dos movimentos antimetropolitanos dos setores dominantes (...) para por em risco a estrutura do regime político e social por meio de idéias de “igualdade, embutidas aos pardos e pretos”, como dizia uma autoridade”. MATTOS, I. R. *Op cit.*, 2004, p. 134. Estes que significavam a desordem para governantes e cidadãos acabavam por serem incluídos no mundo político apenas quando era protegidos e tutelados por aqueles que realmente contavam. Ou seja, passavam a ter quem os valesse. Mattos cita uma das comédias de Martins Penna em que o personagem somente se considera gente quanto encontra alguém a quem proteger. *Idem*, p. 136.

<sup>393</sup> PORTER, D. Public Health, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit.*, 2002, p. 1234.

1828.<sup>394</sup> Nesse sentido, é possível que a escolha da Santa Casa de Misericórdia e da Irmandade do Senhor dos Passos (que a dirigia) para se ocuparem do processo de transladação do cemitério tivesse ainda outras explicações. Com base na tradição luso-brasileira, em que haveria uma estreita relação entre as práticas de enterramento e a própria razão de ser das irmandades religiosas – responsáveis pela última morada de seus irmãos – Mara Regina do Nascimento afirma que:

“Se a transferência cemiterial fosse tão somente um assunto de reforma urbana, é possível que a atribuição ao trato com os mortos não tivesse sido reservada a uma irmandade, como rezava a antiga tradição. Delegar à Santa Casa de Misericórdia, instituição religiosa dirigida por leigos, a administração dos cemitérios localizados fora dos centros urbanos parece-me, no entanto, ser um indicativo de que a religiosidade, como forma de conhecimento em relação ao mundo, continuava a ter peso considerável para a sociedade, sobretudo quando a questão envolvia a prática de enterramento”.<sup>395</sup>

Em que pese a importância deste último argumento da autora, talvez se deva somar ainda um outro: a cautela e a diplomacia do Barão de Caxias. É possível que este não tenha querido arriscar, numa província tão recentemente saída de uma revolta, que a população da capital se jogasse em uma luta por suas antigas formas de enterramento. Fato que, aliás, já havia causado um levante popular – a *cemiterada* em Salvador, na Bahia – e que ainda era alvo de resistência por amplos setores da sociedade.<sup>396</sup> Além de fazer com que a “ruptura desse as mãos à tradição”, a escolha da Santa Casa de Misericórdia e o conseqüente aumento de seus rendimentos através da cobrança dos serviços de enterro poderia ainda angariar a simpatia dos irmãos responsáveis pelo estabelecimento. Uma breve consulta às listas dos irmãos da Santa Casa de Misericórdia é suficiente para que se compreenda a importância desta anuência, já que é raro o estancieiro, charqueador, comerciante ou político de influência do Rio Grande do Sul do XIX que não fosse irmão ou não desse esmolas regularmente ao estabelecimento. Tal fato incluía igualmente os notáveis que viviam no interior da província.<sup>397</sup>

---

<sup>394</sup> Ver REIS, J. J. *A morte é uma festa. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Campanha das Letras, 1991; e RODRIGUES, C. *Op cit.*, 1999.

<sup>395</sup> NASCIMENTO, M. R. do. *Op cit.*, 2004, p.90.

<sup>396</sup> A *Cemiterada*, revolta popular contra o afastamento do cemitério das igrejas, ocorreu em Salvador em 1835, e foi estudada em detalhe por REIS, J. J. *Op cit.*, 1991.

<sup>397</sup> Nomes conhecidos como o Barão do Quarai, o Barão de Caçapava, João Capistrano de Miranda e Castro (presidente da província em 1848), Gaspar Silveira Martins, Felizardo Furtado, Dr. Luiz da Silva Flores (pai e filho) foram alguns dos irmãos da Santa Casa de Misericórdia. CEDOP – SCMPA.

Minha intenção não é, nem de longe, estudar a implantação do cemitério extramuros<sup>398</sup>, que foge completamente ao escopo desta pesquisa, mas perceber a forma como o Estado colocava-se em questões deste tipo. A verdade é que, analisando a atuação do Império no sul do país, muitos dos elementos que diziam respeito às questões de saúde pareciam ocupar uma zona intersticial nas responsabilidades governamentais, onde as leis nem sempre resultavam em práticas, e as práticas nem sempre parecem ter sido efetivadas por uma ação governamental direta. Por outro lado, o proverbial paternalismo da monarquia brasileira, sem romper com a tradição que concebia irmandades das Misericórdias como órgãos “semi-burocráticos”, conforme denominou Russel-Wood<sup>399</sup>, não se intimidou em delegar incumbências em termos de Saúde Pública aos outros “pais” que “sustentavam a nação”. Ou seja, aos homens de bem, senhores de terras e gentes, aos validos (e que tinham capacidade de valer à outros) que também deveriam – por “*dever de caridade cristã, filantropia e civilização*” – socorrer aos infelizes que “*mereciam sua proteção*”.<sup>400</sup> O fato de burocratas e políticos alternarem-se, ou mesmo conjugarem-se, no comando de governos locais e destas instituições apenas complexifica as possibilidades desta análise.<sup>401</sup>

Logo, os investimentos governamentais, neste sentido, eram bastante acanhados. Aliás, nem mesmo se utilizava a palavra “investimento”. Os gastos com saúde pública eram “despesas”, as quais apenas alcançavam picos quando o país, ou uma província em especial, era atingido por uma grande epidemia. Esse quadro fica bem claro se observarmos o gráfico feito por José Murilo de Carvalho em seu *Teatro de Sombras* (ver o Anexo 2).<sup>402</sup> As despesas aumentaram significativamente no período das epidemias de febre amarela e cólera, na década de 1850, decrescendo até meados de 1865 e mantendo-se estável até um novo aumento na década de 1880 (quando novos episódios epidêmicos de maior monta assolaram especialmente a capital do país), mas sem jamais atingir novamente os níveis de 1855.<sup>403</sup> No mesmo período, caíram os gastos

---

<sup>398</sup> Ver NASCIMENTO, M. R. do. *Op cit*, 2004, p. 85-103; e também sobre o assunto REIS, J. J. *Op cit*, 1991; RODRIGUES, C. *Lugares dos Mortos na cidade dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, 1997.

<sup>399</sup> RUSSEL-WOOD, A.J. R. *Op.cit*, 1981, p.347.

<sup>400</sup> AHRS – Relatório dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – Barão de Caxias – A7.02. 1846.

<sup>401</sup> GRAHAM, R. *Op. cit*, 1997, em especial os capítulos 1, sobre o poder das famílias e o papel do *paterfamilias*, e 2, sobre a divisão hierárquica do poder político.

<sup>402</sup> Página 297.

<sup>403</sup> CARVALHO, J. M. *A Construção da Ordem: a elite política imperial. O Teatro de Sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, Gráfico 5: Porcentagem de despesa social por itens, Brasil, 1841- 1889 (fonte: *Balancos da Receita e Despesa do Império*), p.179.

com “Assistência social e escravos”, provavelmente porque estes acabam confundindo-se nas despesas do governo com as epidemias.

Isso não quer dizer que não existissem órgãos públicos que tivessem como função primordial atuar junto à saúde da população. O exemplo mais claro é o do Instituto Vacínico do Império. O mais antigo órgão de atuação sanitária do governo imperial teve sua origem na Junta Vacínica da Corte, criado em 1811 por ordem do príncipe D. João. Em 1820, foi determinado através do Aviso Régio da Secretaria dos Negócios do Governo (12.02.1820) a criação do Estabelecimento da Vacina, na Capitania de São Paulo, o qual também obrigava aquele governador a comunicar às capitanias vizinhas do Rio Grande do Sul e Minas Gerais para que elas efetivassem estabelecimentos semelhantes.<sup>404</sup> A partir de década de 1840, de acordo com a orientação política-administrativa do Segundo Reinado de centralização e nacionalização, foi feita uma reforma na maneira de atuação de diversos órgãos, incluído aí o das vacinas. Assim, o Instituto Vacínico do Império (criado pelo decreto 464 de 17 de abril de 1846) teria como função ditar as regras e fiscalizar a atuação dos institutos provinciais, cujo financiamento, bem como a execução dos serviços ficaria a cargo dos governos locais. A lei também determinava como obrigatória a vacinação de crianças até três meses, nos praças do Exército ou da Armada, para aqueles que ingressassem em estabelecimentos de educação ou em oficinas a cargo do governo.<sup>405</sup>

A atuação do Instituto, no entanto, não foi mais que medíocre no Rio Grande do Sul. Apesar da quantidade de tropas que cruzavam a província, e que eram uma das funções primordiais do Instituto, isto é, salvaguardar a saúde dos praças do exército, o número de vacinados contabilizados foi pouco significativo a julgar pelos mapas de vacinação e pela própria avaliação dos Presidentes da província e do Delegado do Instituto.<sup>406</sup> Entre os civis, quem ficava obrigado eram os pais e senhores a encaminharem aqueles sob sua proteção e poder para serem vacinados.<sup>407</sup> Se estes podiam ser censurados por suas desconfianças quanto à vacina, certamente haveria muita dificuldade em puni-los se não cumprissem a determinação da lei. Dessa forma, a obrigatoriedade da vacina foi, de fato, letra morta, até a virada do século XIX para o

---

<sup>404</sup> MIRANDA, M. E. *Continente de São Pedro: Administração pública no período colonial*. Porto Alegre: Ass. Leg. do Est. do RS, 2000, p.135

<sup>405</sup> Ver FERNANDES, T. M. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(1): 29-51, mar.-jun. 1999, p. 36. O trabalho autora acompanha a implantação da vacina no Brasil e seu confronto com outros métodos.

<sup>406</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província. A7.02, A7.03, A7.04 e A7.05.

<sup>407</sup> Ver o decreto 464 de 17.4.1846. *Coleção de Leis do Brasil*.

XX.<sup>408</sup> No Brasil, os estudos sobre a obrigatoriedade da vacina geraram trabalhos importantes para a compreensão tanto da política brasileira quanto da cultura popular que rejeitava e resistia à aplicação da vacina. O trabalho clássico de Nicolau Sevcenko foi um dos primeiros a chamar a atenção para as amplas implicações da chamada Revolta da Vacina de 1905.<sup>409</sup> Na esteira deste seguiram-se outros trabalhos, contudo, um dos mais importantes foi a pesquisa desenvolvida por Sidney Chalhoub, a qual mergulha nas raízes das crenças populares acerca da varíola e da sua resistência a implantação da vacina obrigatória como parte de um projeto sanitário.<sup>410</sup>

Contudo, pode se notar nas ações do governo provincial uma clara preocupação, ao menos nos anos que se seguem a promulgação do decreto de 1846, em tornar o Instituto um órgão de atuação efetiva. O Presidente da província Antonio Manoel Galvão dedicou em seu relatório de 1847, um amplo espaço para analisar a atuação do Instituto Vacínico, bem como as causas de seus fracassos.

“A vacina não tem produzido nesta Província os resultados, que na maior parte das Cidades marítimas do Império se tem alcançado deste preservativo; ou concorra para essa falta o descuido natural dos que mais interessados deviam se no seu emprego, ou a crença de não garantir ela do ataque da bexiga epidêmica os já vacinados, ou a pouca aplicação dos encarregados de a propagar, ou finalmente a imperfeição do modo de conservar o pus. Em alguns municípios se tem preferido a inoculação ‘a vacina’”.

“Tendo esta instituição merecido do Governo Imperial a maior solicitude, como atestam o Decreto e regulamento nº 464 de 17 de agosto do ano passado; o Comissário Vacinador nomeado, e apenas em exercício de 3 de agosto passado para cá, cabe mais especialmente examinar as causas dessa ineficácia na aplicação da vacina, e ensaiar novos métodos, que se tem descoberto, e estão em uso em alguns países da Europa, inoculando nas vacas a bexiga, e com o pus produzido por essa inoculação vacinar os meninos”.<sup>411</sup>

O trecho acima demonstra claramente os dois maiores obstáculos pelos quais a vacinação, enquanto método preventivo, teve de enfrentar. Primeiro a resistência popular. Esta não era, em absoluto, problema apenas nacional. Mesmo em países como a França a consciência da necessidade da vacinação e a aceitação do método não ocorreu antes do fim do século XIX, o mesmo se deu em relação à preferência popular

---

<sup>408</sup> FERNANDES, T. M. *Op cit.*, 1999, p. 44.

<sup>409</sup> SEVCENKO, N. *Op cit.*, 1993. Outros trabalhos importantes são: MEIHY, J. C. S. e BERTOLLI FILHO, C. *Revolta da Vacina*. São Paulo: Ática, 1999; e PEREIRA, L. *As Barricadas da Saúde: Vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

<sup>410</sup> CHALHOUB, S. *Op cit.*, 1996.

<sup>411</sup> AHRS – Relatório das Falas dos Presidentes de Província – Antônio Manoel Galvão – 1847, p. 9/10, A7.03.

pelo método da inoculação.<sup>412</sup> O segundo obstáculo foi logístico, ou seja, referia-se a qualidade do pus vacínico vindo da corte para a província.

Em função disso, em 1849, o General Andréa, então Presidente da província, considerava o Instituto “*mais de luxo que de proveito*” e que servia apenas para ostentar e consumir os recursos do Estado imperial. A má qualidade do pus vacínico, o pouco empenho dos vacinadores e as restrições ao método feitas pela maioria da população continuaram a ser apontadas como as razões do fracasso de “*tão importante benefício*”. A fim de melhorar o quadro, Andréa entrou em contato com o procurador responsável pelos negócios da província na Inglaterra e autorizou a importação do pus anti-variólico diretamente da Europa.<sup>413</sup> Essa ação foi repetida por alguns de seus sucessores, claro que não sem protestos dos médicos do Instituto Vacínico, tanto da corte quanto da província, que asseguravam a qualidade do pus produzido no país.<sup>414</sup> Contudo, é possível observar que os debates sobre a origem, e especialmente as condições de armazenamento, do pus prosseguem ao longo da segunda metade do século, e que a decisão sobre sua qualidade e uso acabava tendo sempre a palavra final do Presidente da província.

Apesar das reclamações do General Andréa, é inegável que o Instituto conseguiu, nas décadas que se seguiram a sua instalação, aumentar o número tanto de vacinadores no interior da província quanto o número de vacinados. É certo que se levarmos em conta números absolutos – ou seja, o número de vacinados (que subiu de centenas até pouco mais de duas mil pessoas no período de atuação do Dr. Flores) em relação ao número geral da população da província (cujo os números vão de 282,547 em 1858 a 365.520 em 1872)<sup>415</sup>, as conquistas do Instituto foram insignificantes. Por outro lado, se pode observar, através dos relatórios do Vacinador Delegado, um contínuo, embora lento, alargamento do raio de ação da instituição.<sup>416</sup>

Nesse sentido, creio ser difícil separar este desempenho do Instituto Vacínico no Rio Grande do Sul, tanto do homem que o assumiu, como da rede de vacinadores que ele conseguiu formar entre a capital e o interior da província. O Dr. Luiz da Silva Flores

---

<sup>412</sup> Ver DARMON, P. *La longue traque de la variole*. Paris, Librairie Académique Perrin. Collection Pour L'Histoire, 1986.

<sup>413</sup> AHRS: A7.02 – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – General Francisco de Souza Soares de Andréa (1849/1850).

<sup>414</sup> AHRS: Correspondência dos Governantes – M25 e M26.

<sup>415</sup> FEE. *Op cit.*, 1981, p. p. 69 e p.83.

<sup>416</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul. A7.02 a A7.11.

foi uma personalidade singular da história política e social da Porto Alegre da segunda metade do século XIX. Político de grande influência – vereador mais votado em 1845, presidente da Câmara da capital, deputado provincial e depois geral –, o Dr. Flores conseguiu, vagarosamente, elevar o nível da atuação do órgão na província.<sup>417</sup> Não poucas vezes sua atuação chocou-se com interesses de ordem político-partidária, o que lhe valeu alguns inimigos, os quais, contudo, jamais puderam fazer frente ao seu carisma popular. Além disso, é importante assinalar o quanto sua performance à frente da direção do Instituto Vacínico foi marcante. Ele tanto utilizou o órgão como fonte para angariar poder político quanto se valeu de seu carisma de curador e suas relações pessoais para ampliar o desempenho da instituição. Um exemplo que pode ser compreendido nesses dois sentidos foi a luta do médico para que os vacinadores recebessem vencimentos do governo, elemento que ele julgava imprescindível para que os delegados se tornassem ainda mais zelosos em sua missão. Por outro lado, o médico também lutava por uma maior autonomia do Órgão e um reconhecimento de sua capacidade de auto-regular-se ficando menos sujeito às Câmaras e mesmo ao governo provincial.

“(…) Se a Vacina no meu entender poucos proveitosos resultados poderá apresentar ficando quase inteiramente à inspeção das Câmaras; também não me parece o Governo Provincial o mais próprio para encarregar-se de tal inspeção imediatamente, penso, portanto que para levar-se esse ramo de serviço àquele ponto de perfeição a que nossas circunstâncias permitem, é indispensável de combinação com o Governo Geral considerar como Diretório Vacínico Provincial a Delegacia nesta Província do Instituto Vacínico da Corte, que servindo de centro nessa Capital inspecione os encarregados da Vacina em todos os municípios, remetendo-lhes o fluido quando dele carecerem, exigindo informações, e propondo todas as medidas, que julgar convenientes para melhoramento desse importante ramo do serviço público. E porque o Decreto e Regulamento nº 464, de 17 de agosto do ano passado, estabelece os vacinadores paroquiais, mais longe se levará, e se tornará mais eficaz a inspeção sobre semelhante objeto. Então seria acertado pedir ao Governo Geral desde já gratificações aos empregados provinciais que se prestassem ao serviço da Delegacia do Instituto da Corte, assim como dar-se pelos cofres provinciais um razoável honorário aos vacinadores paroquiais, para quem aquele decreto e Regulamento não marca vencimento algum Deste modo inclino-me a crer que a instituição da Vacina nesta Província progredirá e alcançará o fim que o Governo Geral e provincial tem em vista quando faz regulamentos, e faz despesas com tão útil objeto”.<sup>418</sup>

No quadro a seguir se pode observar que no ano de 1849 (apesar das reclamações do General Andréa, e do número pequeno de vacinados), já estava

---

<sup>417</sup> Ver AHRs – Correspondência dos Governantes: M18 a M36.

<sup>418</sup> AHRs – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02: Antônio Manoel Galvão (1847), p. 9/10.

estabelecida uma rede de vacinadores (com vencimentos, como o Dr. Flores pedira ao Presidente Galvão) que se espalhava até pontos distantes do interior da província.

**Tabela 15 do RPPRS – João Capistrano de Miranda Castro (1848)**  
**Propagação da Vacina**<sup>419</sup>

Localidades	Nomes dos vacinadores	Valores
Porto Alegre	Roberto Landell	240\$000
Rio Grande	Bernardo Machado da Cunha	200\$000
Cachoeira	Dr. João Pires Farinha	200\$000
São José do Norte	Marcos Duval	200\$000
São Leopoldo	Dr. João Pedro Kaastrup	200\$000
Jaguarão	Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba	200\$000
São Gabriel	Dr. Fidêncio Nepomuceno Prates	200\$000
Alegrete	José Carlos Pinto	200\$000
Para mais 9 nas cidades de Rio Pardo e Pelotas, e vilas de Piratini, Triunfo, Santana do Uruguai (Uruguaiana), Santo Antonio, São Borja, Bagé, e Cruz Alta.		1:800\$000
<b>Total</b>		<b>3:640\$000</b>

Numa pesquisa específica sobre a vacinação no Rio Grande do Sul, que ainda está por ser feita, seria interessante biografar estes vacinadores, observar sua atuação em seus municípios, tanto como políticos quanto como curadores, compreender seus laços de solidariedade e de reciprocidade.<sup>420</sup> Nesta lista pode-se, inclusive, perceber algumas diferenças com os tipos de vacinadores que se estabeleceram em outras parte. Na França, por exemplo, a julgar pelas pesquisas de Pierre Darmon, a Igreja e a figura dos padres tiveram um papel importante na propagação da vacina.<sup>421</sup> No Rio Grande do Sul, a rede de vacinadores estabelecida primou pela presença de doutores e boticários, por vezes, um ou outro prático, caso de Porto Alegre, em que o vacinador era o prático inglês, radicado no Brasil, Robert Landell. Em outras palavras, a vacinação se estendeu através de um grupo essencialmente leigo em termos religiosos. Neste trabalho, uma investigação mais aprofundada da vacinação foge ao meu tema central, ainda assim é importante perceber que, apesar do empenho do Dr. Flores e de alguns de seus associados, estabelecer um órgão de saúde que tivesse uma atuação nacional ou mesmo provincial efetiva era muito difícil. Constatação tanto mais verdadeira se considerarmos

<sup>419</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02: João Capistrano de Miranda Castro (1848).

<sup>420</sup> Possibilidade já sugerida por Pierre Darmon em seu artigo já clássico: A cruzada antivariólica, in LE GOFF, J. (apres.) *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997.

<sup>421</sup> *Idem* e DARMON, P. *Op cit.*, 1986.

a Saúde Pública como uma área em que a ingerência governamental, mesmo se tivermos em mente o modelo europeu, era ainda muito recente.

Além da vacinação, outras ações do governo imperial visavam um maior domínio (no sentido mais de conhecimento do que de ingerência) por parte da administração dos *recursos de saúde* de que dispunha a população. A extinção da Fisicatura-mor, em 1828, abriu espaço para uma série de mudanças nas exigências acerca da formação, registro e permissão para as atividades dos curadores. A legislação que se seguiu, colocada em vigor na década de 1830, não só jogou na ilegalidade muitos curadores, como buscou ampliar o controle sobre os profissionais que praticavam as artes de curar, bem como o conhecimento do Estado imperial sobre os recursos de cura – como ervas e fontes medicinais – e sobre os chamados *socorros públicos*, em especial, as instituições de caridade. Muitos trabalhos sobre a saúde pública no Brasil – desde a obra clássica de Machado *et alli* – têm pensado o caráter e a amplitude desta legislação.<sup>422</sup> Se, naquela obra, as intenções governamentais foram compreendidas como o ponto inicial de uma determinada prática institucional, pesquisas posteriores se encarregaram de revelar as dificuldades e os diferentes interesses envolvidos na execução das determinações imperiais.<sup>423</sup>

No caso da província de São Pedro, a maior e a menor exigência tanto na execução das leis quanto na fiscalização esteve ao sabor do humor, dos interesses (e, por vezes, da conjuntura em que se viram envolvidos) de Presidentes da província e outros funcionários da malha burocrática do governo. Por exemplo, antes da ocasião especial da epidemia de cólera, as ações governamentais em termos de saúde parecem terem sido mais dispersas em suas atenções e preocupações. Os limites entre o que deveria ser da alçada das Câmaras e do governo provincial parecem, na prática, bastante imprecisos, fato ainda mais significativo no tocante a capital.<sup>424</sup> Além disso, muitas vezes é possível

---

<sup>422</sup> MACHADO, R. *et al.* *Op. cit.*, 1978.

<sup>423</sup> Ver especialmente EDLER, F. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. São Paulo: USP, 1992 (Dissertação de Mestrado); \_\_\_\_\_. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, III(2), jul.-out.1996, pp. 284-99; e PIMENTA, T. *Artes de Curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Campinas, SP, UNICAMP, 1997 (Dissertação de Mestrado); \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 2003b.

<sup>424</sup> Existe uma vasta bibliografia que discute o papel das Câmaras na formação do Estado Nacional Brasileiro, na qual é igualmente ampla a discussão sobre as tensões existentes entre os poderes locais e as tentativas de centralização do governo Imperial. Ver HOLANDA, S.B. de.(org.) *História Geral da Civilização Brasileira*. O Brasil Monárquico, v.1: O processo de emancipação; 4: Dispersão e unidade. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004; CARVALHO, J.M. de. *Op cit.*, 2003; URICOCHEA, F. *O minotauro imperial*. São Paulo, 1978; DOLHNIKOFF, M. *O Pacto Imperial*. Origens do federalismo no

perceber que as ações do governo provincial dirigiam-se, em grande parte, para a capital. As Câmaras Municipais do interior da província, embora solicitadas à execução das determinações administrativas centrais, nem sempre eram fiscalizadas na efetivação das mesmas e acabavam agindo por si na condição da vida pública de suas localidades. Isso, em resumo, significava uma boa margem de liberdade para estas e uma diminuição considerável do poder imperial em suas tentativas de centralização. De fato, conforme afirma José Murilo de Carvalho, as leis instituídas na primeira metade do século XIX e que promoviam a centralização não tiveram, na prática, a capacidade de “esmagar” os poderes locais, já que os cargos da nova estrutura policial e judiciária hierarquizada eram ocupados pelos mesmos homens que ocupavam os cargos da estrutura anterior.<sup>425</sup>

O poder das Câmaras era antigo, já que desde o período colonial estas ocupavam um lugar central na regularização da vida nas cidades e vilas do Brasil. As Câmaras constituíam-se tanto em órgãos administrativos quanto judiciários, que debatiam e arbitravam, “*a nível local, o poder político, respondendo pela justiça, fazenda e milícia frente ao poder régio*”.<sup>426</sup> No Brasil, durante a Colônia, este órgão possuiu uma autonomia maior que o de seus correlatos d’além mar, fato conquistado tanto pela distância quanto por uma intensa negociação política ao longo deste período. As Câmaras tinha o papel de intermediar a ligação entre a realeza e o povo: encarregavam-se de celebrar o poder monárquico, de acender luminárias, de organizar procissões ou arrecadar contribuições que custeassem as datas da realeza. Além disso, ainda agia junto com a Igreja na organização das festas católicas. As Câmaras foram também os principais elementos que, por todo período da colonial, contribuíram para a estabilidade do Império português. Estavam presentes em todo o território como um braço do governo ibérico, definindo as hierarquias locais e representando a monarquia, embora sem desmerecer o poder de ação de outras instituições como a Igreja, as Casas de Misericórdia ou as Confrarias religiosas e leigas.<sup>427</sup> Disso resultou a importância e a necessidade da adesão das Câmaras à independência e a figura do Imperador. Contudo a

---

Brasil. São Paulo: Globo, 2005; FERREIRA, G.N. *O Rio da Prata e a Consolidação do Estado Imperial*. São Paulo: HUCITEC, 2006, pp.38-50. Sobre o momento político do Rio Grande do Sul ver: PICCOLO, H. *Op cit.*, 1991; \_\_\_\_\_. *A política rio-grandense no II Império (1869-1882)*. Porto Alegre: Gabinete de Pesquisa em História do Rio Grande do Sul, IFCH/UFRGS, 1974.

<sup>425</sup> CARVALHO, J.M. de. *Op cit.*, 2003; FERREIRA, G.N. *Op cit.*, 2006, p. 45-6; GRAHAM, R. Formando un gobierno central: las elecciones y el orden monárquico en el Brasil del siglo XIX, in ANNINO, A. (org.) *Historia de las elecciones en Iberoamérica: siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1995, p. 372.

<sup>426</sup> SOUZA, I. L. C. A adesão das Câmaras e a Figura do Imperador, in *Revista Brasileira de História*. Vol. 18, n. 36, São Paulo: 1988

<sup>427</sup> Idem.

tensão entre os dois pólos se manteve e, no caso da atuação das Câmaras no interior do Rio Grande do Sul, estas parecem ter se ocupado de seguir os ditames do poder central quando estes não interferiam na forma como a comunidade vinha regularmente sendo administrada.<sup>428</sup> O fato é que as Câmaras continuaram bastante poderosas e, no que se refere a saúde pública, nem a existência da Junta Central de Higiene, nem das Comissões de Higiene Pública parecem ter modificado sobremaneira suas formas de atuação.

Entretanto, isso não quer dizer que não houvesse preocupação por parte das Câmaras em seguir as leis. A análise da Correspondência dos Governantes no Rio Grande do Sul aponta para basicamente dois tipos de ação destes órgãos no tocante à saúde pública. Enquanto algumas Câmaras, como as de Porto Alegre e de Santa Maria, pareciam ciosas de seus poderes e muitas vezes se opuseram aos ditames do Presidente da província, outras pareciam não estarem bem certas em como deveriam seguir as leis que lhes retiravam os poderes em relação à saúde pública. A hipótese de que as Câmaras estariam completamente alijadas de seus poderes nesse assunto após a criação da Junta Central de Higiene e suas congêneres provinciais não se realiza, no entanto. E a reposta sobre quem deve gerir as decisões de saúde nos municípios aparece na documentação dada pelo próprio presidente da Comissão de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Dr. Ubatuba, em 1862, a uma consulta feita pela Câmara do município de Bagé, na fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai. Para Ubatuba, nem a lei de 1850, nem o Regulamento de 1851 retiraram das Câmaras as suas antigas atribuições, a não ser a que se referia ao registro dos curadores habilitados a atuar na província, atribuição doravante pertencente à Comissão.<sup>429</sup> Entretanto, mesmo aí as Câmaras podiam continuar a dar suporte aos curadores em quem acreditssem.<sup>430</sup>

O processo de tentativa de centralização da administração do país começou ainda no Primeiro Reinado, quando este, com de um renque de leis promulgadas a partir de 1828, começou a tentar dismantelar o autonomismo municipal. Assim, as Câmaras tiveram suas competências restringidas às matérias econômicas locais. A ameaça de diminuição de poder das autoridades locais resultou em uma série de conflitos regionais

---

<sup>428</sup> Para um exemplo representativo das ações em saúde das Câmaras, ver o capítulo 2 de WITTER, N. *Op cit.*, 2002.

<sup>429</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes – M32A – 1862 (Saúde Pública), doc. de 3 de março de 1862.

<sup>430</sup> Ver sobre isso os estudos realizados com documentações municipais que claramente defendem seus curandeiros contra as exigências de aplicação da lei por parte dos médicos diplomados: WITTER, N. *Op cit.*, 2001; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 2005; PIMENTA, T. S. *Op cit.*, 1997 e 2003a; SOARES, M. *Op cit.*, 1997.

entre o Império e os senhores locais, ciosos de suas prerrogativas. A regionalização instaurada pelo Ato Adicional (1834), que criou as Assembléias Provinciais, apenas jogou essa disputa para outro patamar, mas as tendências anti-municipalista e localista prosseguiram ao longo do século XIX.<sup>431</sup> De acordo com Dorothy Porter, essa tensão entre os governos central e local não foi estranha nem às nações européias – com exceção da França – nem aos Estados Unidos, durante os oitocentos. Por razões diferentes cada um destes países teve de enfrentar as disputas geradas pela defesa das autonomias locais contra o avanço do Estado centralizador.<sup>432</sup> De fato, se nos atentarmos, em especial para a recente historiografia das práticas de curas populares é possível perceber que as questões de saúde aparecem como um terreno privilegiado para a observação deste embate. Afinal, não poucas vezes as câmaras se posicionaram contra as leis que protegiam títulos e médicos e a favor de seus curandeiros locais.<sup>433</sup>

Por outro lado, se colocarmos nossa atenção na ação do governo provincial é possível destacar, pelo menos, duas frentes em que este procurou atuar no sentido deter um maior controle sobre o conhecimento das especificidades da região e, assim, centralizar suas opções administrativas. A primeira destas frentes se ligou a definição de quais seriam os *recursos* em saúde do Império. Para isso, o governo provincial do Rio Grande do Sul se interessou em mapear elementos naturais e benéficos com a intenção de incrementar a sua utilização. Assim, foram promovidas investigações sobre a presença e uso de ervas e águas medicinais na região. A segunda frente de atuação foi realizada na forma de incentivos, contratos e dotações, para a atuação da Santa Casa de Misericórdia, elemento que será analisado no próximo item.

A primeira frente de atuação do governo provincial foi a que, provavelmente, teve o alcance mais limitado, talvez mesmo muito pouco significativo em seu conjunto. Não obstante, sua existência comprova tanto a busca do conhecimento do território brasileiro quanto o fato de que, em termos de saúde e cura, os saberes e crenças da população ainda ocupavam um espaço na forma como se compreendia e investigava o país.<sup>434</sup> É certo que o saber leigo era diferente do especializado, e que as muitas crenças

---

<sup>431</sup> ALENCASTRO, L. F. de. Vida Privada e Ordem privada no Império, in ALENCASTRO, L. F. (org.) *História da Vida Privada no Brasil - Império*. Vol.II. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p.17 a 23.

<sup>432</sup> PORTER, D. *Op cit*, 1994, p. 12 e 13.

<sup>433</sup> Ver WITTER, N. *Op. cit*, 2001; SOARES, M. *Op. cit*, 1999; PIMENTA, T. *Op. cit.*, 2003a; XAVIER, R. *Op cit.*, 2003, e DINIZ, A. *Op cit*, 2003.

<sup>434</sup> Ver FERREIRA, L. O. Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840), in CHALHOUB, S. et al (org.s). *Op cit*, 2003, p.105. A consulta que

populares tinham restrições e eram vistas como superstição por parte das elites. Entretanto, o que parece haver é uma tendência de, antes de rejeitar ou aceitar, fazer passar pelo critério douto os usos que estavam inseridos nos costumes e no arcabouço de crenças da população.

Vejamos dois dos documentos produzidos pelas investigações do governo provincial sobre o território do Rio Grande do Sul. O primeiro é o *Relatório sobre plantas e drogas medicinais, com a indicação do município onde podem ser encontradas*.<sup>435</sup> Este documento, constante na pasta da Estatística do governo provincial, se baseia nas informações de “facultativos” do interior, os quais parecem ter recolhido os dados junto aos costumes e usos da população. Nesse sentido, merece ser transcrito o artigo que se refere a uma destas ervas.

“Vélame – Inapropriadamente denominada Turbth: O cozimento desta planta é dado por 60 dias tem curado fístulas de 5 a 6 anos. Um irmão de Bernardo do Canto, residente em São Gabriel já tinha o orifício do ânus todo destruído; descia-lhe a chaga até as nádegas; e começava a invadir o interior do canal supradito: eu o vi curar-se com este remédio; e falei a mais duas pessoas que o tinham sido. **Sei que a Faculdade só crê possível esta cura mediante o emprego do Ferro; mas eu conto o que vi.** Em Missões, na Cochilha do Alegrete e São Gabriel”.<sup>436</sup> (Grifo meu)

A referência à diferença entre o saber acadêmico e o popular é colocada de forma explícita, mas o autor, antes de desfazer deste último, parece sugerir que as práticas da população, mesmo carecendo do suporte da ciência, basear-se-iam numa empíria eficaz e cujo resultado não podia ser desprezado. Dois nomes aparecem na feitura deste relatório: o do amanuense José Sebastião de Almeida e mais abaixo o de José Luiz Teixeira Lima que indica conferido e corrigido o Relatório. Ambos eram burocratas a serviço do governo provincial, embora tenham consultado facultativos, nenhum dos dois era médico. Entretanto, é interessante que, no caso, o primeiro relator comente pelo menos duas experiências em termos de práticas de cura indicando os resultados de forma apreciativa no relatório. Adiante do artigo sobre o Velame, ele escreve:

“Os seguintes apontamentos me foram fornecidos por um Facultativo residente no município de Piratini.

---

o autor aponta, isto é, os leigos consultando a comunidade científica a respeito de práticas terapêuticas populares também podia dar-se no sentido inverso.

<sup>435</sup> AHRS – Estatística: M2 Avulsos/ Diversos (sem data/ posterior a 1835). Agradeço a localização deste material aos colegas pesquisadores Maximiliano Mentz e Sherol dos Santos.

<sup>436</sup> Idem.

1º - É de superior qualidade, e em muita abundância a Salsa Parrilha produzida sobre a costa de Piratini.

2º - A Quina Silvestre é sucedânea da que nos vem de fora.

3º - Aplico a Batatinha nos casos em que é necessário a Jalapa.

4º - O cozimento da Erva da Vida nas enfermidades “Estéricas”(sic).

5º - Uso da Erva Mercurial lavando com seu cozimento as carnes esponjosas; e cobrindo-os depois com pó da mesma erva.

**Em 1835, diz o Facultativo, foi aqui vista uma multidão de insetos voláteis; que devoram as plantas hortenses: sequei uma porção destes animais; cujo pó aplicado em guisa de Cantáridas (sic), produzindo o mesmo efeito”.<sup>437</sup> (Grifo meu)**

O autor, com base nas “pesquisas” deste facultativo (não nomeado) sugere substituições e mesmo o uso de “fármacos alternativos”. Os quais estavam mais próximos das crenças a respeito dos medicamentos que eram correntes entre muitos curadores e nos manuais que circulavam até fins do século XVIII.<sup>438</sup> A intenção de um relatório como este era provavelmente conhecer melhor a região, mais que as práticas populares. Todavia, estas práticas parecem ter sido vistas como uma fonte importante para estas informações. Possivelmente, boa parte dos saberes aí compilados não era aceita, nem por certos setores do governo, nem por todos os seus representantes, porém alguns chegaram a ser contabilizados no conjunto da produção da província. Das ervas apontadas no relatório pelo menos três aparecem nos inventários dos presidentes sobre as riquezas da região que poderiam ser explorados na exportação: a salsa parrilha, a poaia e o ruibarbo.<sup>439</sup>

---

<sup>437</sup> Idem.

<sup>438</sup> Ver SOUZA, L. de M. e. *Op. cit.*, 1986; RIBEIRO, M. M. *Ciência nos Trópicos – a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997; MARQUES, V. R. *Op. cit.*, 1999.

<sup>439</sup> De acordo com o *Dicionário de Medicina Popular e Doméstica* de Theodoro Langaard, a salsa parrilha é definida a partir de seu uso: “Nas afecções da pele e dos rins seu uso é antiqüíssimo, entre os índios, no Brasil. Alguns médicos a julgam inerte; mas seu uso que remonta a mais de dois séculos, é bastante garantia a seu favor.” LANGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular - Volumes I, II e III*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Laemmert & Cia., 1872, p. 449. A poaia também aparece no dicionário nas páginas 631 do Vol. II e 256 do Vol. I.

**Mapa 13 do Relatório do Presidente da Província do Rio Grande do Sul – Antônio Manoel Galvão (1847): Demonstrativo das Fábricas e Produtos de Alguns Municípios desta Província e suas riquezas naturais.<sup>440</sup>**

Produtos/ Municípios	Pelotas	Triunfo	Rio Pardo
Águas Minerais	1 fonte na Serra dos Tapes	2 fontes medicinais	
Produções Mediciniais		Puaya (muita)	Ruibarbo (muita)
Produções Mediciniais			Salsa parrilha (muita)

A presença, neste mapa, de fontes de água mineral e de “águas medicinais” é também uma perspectiva interessante deste esquadramento do território em termos de recursos utilizáveis, como apontei acima. E, nesse sentido, o episódio das *águas santas* do campestre de Santo Antão, ocorrido no município de Santa Maria da Boca do Monte, no interior da província, é bastante significativo. Em 1845, um monge eremita originário da Itália e chegado à região por meio do “caminho das tropas” que ligava Santa Maria à Sorocaba, no interior da província de São Paulo, estabeleceu-se nos arredores da vila e implementou um culto a Santo Antão com base em um estátua deste trazida das Missões e em uma nascente de águas que ele reputou ser milagrosa.<sup>441</sup> Rapidamente o local tornou-se centro de romaria para *sofredores* de diferentes locais da província e também do Prata em busca das curas milagrosas protagonizadas pelas ditas águas e pelo monge João Maria. Combinando fé, preces e algumas ervas – como cipó-cravo, cipó-mil-homens, baririçó e batata-de-purga – com um extenso e complicado ritual em que as águas eram bebidas e aplicadas nos locais da enfermidade, o monge conseguiu reunir numa região ainda escassamente povoada um tal contingente de infelizes que o governo da província achou por bem tomar uma atitude. A primeira delas foi enviar para Santa Maria “*um médico de confiança*” (do Presidente da província) para “*examinar os efeitos terapêuticos das águas denominadas – Santas –, e procurar conhecer seus princípios*”.<sup>442</sup>

<sup>440</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02: Antônio Manoel Galvão (1847).

<sup>441</sup> Investiguei este episódio em meu trabalho anterior: WITTER, N. *Op. cit.*, 2001, p. 41 a 43. Um outro trabalho que aborda o assunto é FACHEL, J. F. *Monge João Maria, recusa dos excluídos*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 1995.

<sup>442</sup> Lei 141 de 18 de julho de 1848 (Coletânea de Leis do Império e da República do Brasil – Biblioteca da Assembléia Legislativa do Estado do Rs).

O “*médico de confiança*” era o Dr. Tomas Antunes de Abreu, o qual produziu um extenso relatório sobre o caso, cobrindo a deficiência de não poder examinar as fontes em um laboratório químico com detalhes sobre as práticas dos enfermos e com um mapa estatístico em que enfoca curas, melhoras, pioras e óbitos entre os doentes que haviam feito o uso das ditas águas.<sup>443</sup> O relatório merece, sem dúvida, uma análise à parte em função das observações do médico sobre as manifestações da religiosidade popular e a desconfiança de que foi alvo por estar imiscuindo-se (como médico e como funcionário do governo) em assuntos que para aquela população não lhe diziam respeito. A fé na santidade de tudo o que cercava o monge e as nascentes que ele consagrara fornecia a resposta tanto para os que alcançavam a graça quanto para os que, por seu próprio não merecimento, acreditavam, não conseguiam curar-se. Como, porém, esta apreciação foge um pouco aos interesses deste capítulo nos concentraremos no relatório sobre as águas.

O médico mapeou três fontes e, ao fim de sua investigação, conclui que com os meios ao seu alcance pode reconhecer que “*elas não contém princípios além dos que são comuns às águas potáveis*”.<sup>444</sup> A corroborar seu exame, Abreu elaborou um mapa estatístico no qual observou 200 doentes, cujas curas que notou creditou mais à mudança de ares, de águas, de alimentação, aos exercícios à distração e mesmo a ação tônica das aplicações de água fria, e concluiu:

“Aos médicos compete indicar as águas que convém à certas enfermidades, e prescrever o modo de usa-las, escolhendo os melhores lugares, que felizmente abundam nesta província: não se torna portanto necessário, que os doentes se submetam cegamente à vozeria de fanáticos, sacrificando seus interesses, seus cômodos e mesmo sua existência, quando podem alcançar o benefício de águas metodicamente administradas, e seguidas de meios terapêuticos, que muitas vezes produzem”.<sup>445</sup>

Em reposta ao relatório, o General Andréa mandou prender o monge e deportá-lo para Santa Catarina. E, após o episódio, as águas de Santa Maria ficaram para sempre excluídas dos mapas oficiais sobre águas medicinais, existentes nos relatórios dos sucessores do general.<sup>446</sup>

---

<sup>443</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M20 (1848).

<sup>444</sup> *Idem*.

<sup>445</sup> *Idem*.

<sup>446</sup> O episódio do campestre de Santo Antônio merece uma investigação mais longa, ainda por ser feita. Após a partida do monge, um grupo de “discípulos” seguindo recomendações suas estabeleceu uma romaria e uma festa anual no local. Esta festividade continuou atraindo uma impressionante quantidade de romeiros e manteve, até fins do século XIX, as feições características da religiosidade popular que lhe

As ações da Câmara Municipal de Porto Alegre em termos de saúde pública e no cumprimento das leis de 1828 e 1832 foram mais dispersas que as do governo provincial.<sup>447</sup> Responsabilizada pelas melhorias na urbanização da cidade, parte dos atos da Câmara entre 1845 e 1855 se dedicaram a legislação sobre obras públicas que muitas vezes confundiam o conforto de determinadas áreas da cidade com as preocupações gerais com a saúde da população.<sup>448</sup> A presença do Dr. Flores presidindo a Câmara no período de 1845 a 1849 parece ter focado bastante a atenção dos vereadores no acúmulo de águas estagnadas, contudo um interesse mais efetivo na limpeza pública só seria sentido após 1855.<sup>449</sup> Não obstante, no período que antecedeu a epidemia, a partir de 1854, quando começou a funcionar a Comissão de Higiene Pública, este se tornou um assunto bastante repetitivo e um cabo de guerra entre as duas instituições.<sup>450</sup> Enquanto a Comissão considerava a limpeza extremamente deficiente, a Câmara afirmava não ter nem condições financeiras (e mesmo logísticas) e nem a “responsabilidade”(?) para efetuar o asseio das ruas conforme desejava a Comissão.<sup>451</sup>

A partir de 1832, uma importante atribuição das Câmaras passou a ser o registro e o controle dos médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e outros curadores licenciados.<sup>452</sup> Consta na Câmara Municipal de Porto Alegre que a primeira listagem data de 1832, na qual nomes foram sendo adicionados na medida em que os curadores solicitavam permissão para atuar na província. De fato, no registro da Câmara de Porto Alegre constam, ou deveriam constar, os nomes de todos os curadores que atuariam no Rio Grande do Sul, porém não é isso que encontramos. Uma comparação rápida entre a listagem entregue pela Câmara à Comissão de Higiene Pública, em 1854 quando esta passa a assumir essa atribuição, com jornais, processos-crime, e mesmo documentos oficiais, com a documentação da Santa Casa, permitem perceber que havia uma boa

---

dera origem. A chegada à região de padres católicos imbuídos dos ideais ultramontanos fez com que a festa fosse perdendo seus aspectos originais até ser completamente incorporada pela Igreja. A procissão e as festividades existem ainda hoje, mas a memória do monge João Maria foi completamente apagada. Tanto para os moradores da região, quanto para os romeiros, a santidade do local deve-se unicamente a Santo Antônio, o qual teria “aparecido” no lugar e assim dado origem ao culto. WITTER, N. *Op cit.*, 2001, cap. 1.

<sup>447</sup> Lei de 28 de outubro de 1828 e a de 3 de outubro de 1832. *Coleção de Leis do Brasil*.

<sup>448</sup> Arquivo Histórico Municipal de Porto Alegre (AHMPOA) – Livro de Atas de Vereança (1845-1850 e 1850-1856).

<sup>449</sup> FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 1998, p. 43.

<sup>450</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M24, 25 e 26.

<sup>451</sup> Estes embates serão estudados com mais acuidade no capítulo 4, onde também se poderá avaliar melhor a atuação da câmara em questões de saúde no período pós-1850.

<sup>452</sup> Lei de e de outubro de 1832. *Coleções de Leis do Brasil*. Ver também PIMENA, T. O Exercício das Artes de Curar no Rio de Janeiro (1828-1855). Campinas, SP: UNICAMP, 2003b (Tese de Doutorado).

quantidade de curadores que mesmo podendo legalizar suas atividades não o fizeram.<sup>453</sup> Conforme salientou Tânia Pimenta, porém, a ilegalidade não alterou o comportamento de muitos curadores.<sup>454</sup> Estar em dia com a legislação não fizera diferença na clientela da esmagadora maioria deles, nem antes nem depois da lei.

Por outro lado, a relação dos curadores com os membros das Câmaras e a confiança da população podia por vezes tornar o registro “desnecessário” como forma de resguardar a continuidade de suas atividades. A “proteção” que estas instituições (e outros órgãos e funcionários do governo) legavam a muitos curandeiros populares já tem sido bastante analisada pela historiografia.<sup>455</sup> Sem ver nisso um “atraso” dos membros dirigentes dos municípios – visão própria da literatura clássica em história da medicina – diversos autores, dedicando-se ao estudo das práticas de cura populares no Brasil, têm acreditado ver nesta tolerância não apenas a amplitude da aceitação dos curandeiros de origem popular. De fato, a historiografia referente ao tema tem conjugado a este, outros argumentos, como: a ancestralidade do uso e da aceitação dos curandeiros; a disseminação das práticas de cura pelos diferentes setores da população (o que vai contra a idéia de que essas práticas vicejariam apenas entre os membros menos abonados e instruídos da população); e, a força com que a população defendia seus interesses junto à administração (eliminando assim a visão desta como passiva diante das ordens governamentais).<sup>456</sup>

### **3.3. A medida exata de sua civilização: os acordos com a Santa Casa de Misericórdia**

“Ampla foi a dotação na Lei nº 59, que fixou a Receita e Despesa Provincial, que coube a Casa de Misericórdia desta Cidade: este santo e pio estabelecimento, ministrando importantes socorros às classes desvalidas da sociedade nos momentos mais angustiantes da vida, bem merece nossa benevolência; e **se o nº dos estabelecimentos de caridade e de Beneficência é atestado fiel da moral de um povo, a medida exata de sua civilização, os que já possuem a Província, e os que de novo tem decretado, são outros tanto monumentos dessas virtudes cívicas e cristãs**”.<sup>457</sup> (Grifo meu).

---

<sup>453</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes – M25 – 1854 (Saúde Pública), doc. de 10 de maio de 1854; CEDOP/SCMPA – Relatórios dos Provedores; MCSHJC – *Jornal Mercantil* (11.08.1857).

<sup>454</sup> PIMENTA, T. *Op cit.*, 2003b, p. 316.

<sup>455</sup> PIMENTA, T. S. *Op cit.*, 1997; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 2003b; FIGUEIREDO, B. *Op cit.*, 2002; SOARES, M. *Op cit.*, 1999; WITTER, N. *Op cit.*, 2001; XAVIER, R. *Op cit.*, 2003, e DINIZ, A. *Op cit.*, 2003.

<sup>456</sup> Ver WITTER, N. *Op. cit.*, RJ: UFF, 2005 (no prelo)

<sup>457</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Antonio Manoel Galvão (1847).

Um dos capítulos mais interessantes acerca da atuação dos representantes do governo imperial na área da saúde pública diz respeito às relações estabelecidas por estes com a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Meu interesse aqui é fazer um breve estudo da Santa Casa de Misericórdia como um estabelecimento de cuidado da saúde e compreender o seu papel junto à população e a sua relação com a administração da província neste período que se estende até a chegada da epidemia de cólera-morbus à capital. Conforme comentei anteriormente, além do caráter de instituição de caridade religiosa, as Misericórdias possuíam antigas e profundas as relações com o Estado luso-brasileiro.<sup>458</sup> Com a instituição, fundada em 1803, em Porto Alegre não foi diferente. Sua história e existência estiveram estreitamente ligadas às conjunturas políticas e sociais da província ao longo do século XIX.<sup>459</sup> Tanto que a própria irmandade que a dirigia somente passou a existir pela necessidade da capital da província contar com um estabelecimento que servisse como espaço para o recolhimento, cuidado e amparo às “classes desvalidas”. Por outro lado, a presença de uma Irmandade ligada a um estabelecimento de caridade vinha também de encontro às necessidades sociais dos habitantes da cidade de Porto Alegre na época, o que justifica sua prontíssima aceitação.<sup>460</sup>

A Santa Casa, desde seu início, destinou-se ao claro compromisso de tratar “*por caridade os enfermos pobres*”, isto é, desde o início ele não pretendia se configurar como uma instituição a serviço de todos.<sup>461</sup> Em 1814, lhe foi concedido o privilégio de utilizar-se do *status* Misericórdia para poder receber esmolas, legados e outros tipos de rendimentos e aplicar os recursos levantados na construção de um hospital. De acordo com a permissão concedida pelo príncipe regente D. João, o estabelecimento seria sustentado com o produto de esmolas dadas pelo povo, mas este também recomendava que o governador da capitânia “*animasse, protegesse e favorecesse os empreendedores da futura obra pia*”.<sup>462</sup> Assim, desde o princípio a Santa Casa esteve inextrincavelmente ligada ao Estado – como outras instituições semelhantes em países católicos (os Hotels

---

<sup>458</sup> A Santa Casa de Porto Alegre foi criada nos mesmos moldes das administrações coloniais das misericórdias. Outros elementos para esse debate ver ABREU, L. *Op cit*, 2001.

<sup>459</sup> “As irmandades caracterizam sempre o seu momento e o seu ambiente, dando origem à diversidade de formas, por um lado, e à fluidez e imprecisão de suas denominações por outro”. BOSCHI, C. C. *Op cit*, 1986, p.13.

<sup>460</sup> BOSCHI, C. C. *Op cit*, 1986, p. 26; WEBER, B. T. *Op cit.*, 1999, p. 135.

<sup>461</sup> Resolução da Irmandade da SCM. Ata de 24 de janeiro de 1814 e de 5 de janeiro de 1815. CEDOP / SCMPA.

<sup>462</sup> FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Op cit.*, 2003, p. 18.

Dieu franceses<sup>463</sup>, por exemplo) – e muito embora não constituísse um órgão deste ou fosse gerida como um órgão público sua construção esteve inicialmente a cargo da Câmara Municipal de Porto Alegre, a qual foi responsável, inclusive, pela eleição de sua primeira Mesa diretora.<sup>464</sup>

Dentro da idéia de “*animar, proteger e favorecer*”, os governadores da capitania e, mais tarde, os Presidentes da província fizeram inúmeros contratos com a Santa Casa. Esses contratos, no entanto, não somente foram uma constante fonte de tensão entre a Santa Casa e o governo, ao longo do século XIX, como revelam uma atuação bastante diversificada por parte dos diferentes provedores. Os contratos de serviços que a Santa Casa prestaria ao governo – cuidado dos presos pobres enfermos e dos menores do Arsenal de Guerra<sup>465</sup>, “hospedagem” da enfermaria do hospital militar<sup>466</sup>, fornecimento de medicamentos para o Exército e para as ambulâncias deste e criação dos expostos<sup>467</sup> – foram geralmente acordados por provedores que, ao mesmo tempo, eram também presidentes da província. Estes justificavam os contratos dentro do espírito incentivo recomendado por D. João. Conforme explicita o Barão de Caxias em 1846:

**“Para dar um impulso à tão grande obra**, contratei com a Mesa da Santa Casa o curativo das praças enfermas, e o fornecimento de ambulâncias do Exército. Estabeleci em suas vastas Enfermarias o Hospital Militar; **com que muito lucrou a Fazenda Pública, a Santa Casa**, e muito mais ainda lucraram os doentes militares, que ali acham as comodidades que seu estado requer, e a higiene recomenda”.<sup>468</sup> (Grifos meus).

Contudo, é comum encontrar na documentação, quando ela era produzida por provedores que estavam fora da burocracia estatal<sup>469</sup>, inúmeras reclamações acerca destes contratos, considerados um ônus quase insuportável para os meios que dispunha

---

<sup>463</sup> Ver GOUBERT, J.P. *Op cit.*, 1971.

<sup>464</sup> Idem, p. 22.

<sup>465</sup> Os menores do Arsenal de Guerra eram meninos que, expostos na Santa Casa, ao chegarem aos 7 anos eram recolhidos como aprendizes do Exército.

<sup>466</sup> “A circunstância da guerra contra Artigas, em que se achava envolvida a capitania, e mais a própria importância e ‘status’ dos que a dirigiam, explica de algum modo a liderança então exercida pelos militares. Esses, por vários anos, assumiram o controle da Irmandade e até alteraram o destino do Hospital de Caridade, que passou a servir, na parte já concluída ou semiconcluída, como enfermaria militar”. FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Op cit*, 2003, p. 22-3.

<sup>467</sup> Esta era inicialmente uma obrigação da Câmara Municipal que, mais tarde, em 1837, foi passada à Santa Casa.

<sup>468</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Barão de Caxias (1849).

<sup>469</sup> Embora também ocorram reclamações por parte de provedores que também eram funcionários estatais. Estes são mais raros, mesmo porque, em boa parte destes casos as subscrições para a Santa Casa eram aumentadas em função do poder estatal sob o domínio do dito provedor. AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul.

a Santa Casa.<sup>470</sup> De fato, a existência destes encargos foi pivô de contínuas negociações entre a Mesa diretora do estabelecimento, a presidência e a Assembléia provincial, a qual era continuamente solicitada a subscrever recursos cada vez maiores para compensar os inúmeros encargos colocados “*sobre os ombros da pia instituição*”.<sup>471</sup> Neste sentido, também as reações dos representantes do governo eram diferenciadas. Enquanto alguns acolhiam as reclamações da Santa Casa e demandavam maiores auxílios por parte da Assembléia Provincial.<sup>472</sup> Outros acreditavam que: “*Em verdade Estabelecimentos tais não podem ser quase que exclusivamente sustentados pelos cofres provinciais: em tal hipótese converter-se-iam em Repartições Públicas*”.<sup>473</sup>

As maiores reclamações diziam respeito à permanência de enfermarias do hospital militar dentro da Santa Casa. O recebimento dos doentes militares teve início na época da guerra contra Artigas por iniciativa do Marques do Alegrete, a orientação foi mantida pelo seu sucessor, Conde da Figueira, e em 1826, D. Pedro I, em sua estadia no Rio Grande do Sul, solicitou à Santa Casa que tal prosseguisse como forma contribuição para o esforço de guerra. A atenção ao pedido do Imperador e o fato de o Visconde de São Leopoldo (provedor entre os anos de 1825-16) ter tornado-se Ministro do Império permitiram a Santa Casa consolidar-se financeiramente, através do benefício da extração de 10 loterias concedidas por decreto Imperial. Porém, o encargo prosseguiu mesmo após findo o conflito da Cisplatina, o que gerou não poucos protestos contra aqueles que o sustentavam. De acordo com os oponentes do contrato, a população de Porto Alegre considerava um abuso que uma instituição de caridade estivesse confundida com o atendimento aos militares e isto era causa de um decréscimo nas doações para o estabelecimento.<sup>474</sup>

Novamente aqui nos deparamos com a questão das responsabilidades, ou seja, a quem cabia a responsabilidade financeira pela saúde da população. Tratar dos praças

---

<sup>470</sup> CEDOP / SCMPA: Relatórios dos Provedores.

<sup>471</sup> “É, pois mister que a Assembléia Legislativa provincial continue conceder-lhe os auxílios com que até agora a tem protegido. Semelhante providência tem por fundamento não só o princípio generoso da filantropia, mas também uma espécie de positiva justiça, ao menos pelo que respeita a criação dos expostos, e presos pobres nos termos da Lei Provincial nº 59 de 2 de junho de 1846”. AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.03 – Conselheiro José Antonio Pimenta Bueno (1850).

<sup>472</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Luiz Alves Leite de Oliveira Bello (1852) e também A7.03 – João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu (1853).

<sup>473</sup> Na citação anterior o presidente referia-se ao Hospital da Santa Casa de Porto Alegre, sua opinião, no entanto, é diferente no que se refere a outros hospitais no interior da Província, cuja receita vinha quase exclusivamente das dotações do Estado. AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.03 – Conselheiro José Antonio Pimenta Bueno (1850).

<sup>474</sup> FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Op cit*, 2003, p. 22-3 e 38-9.

enfermos parece ter sido considerado um encargo que cabia ao governo e somente a ele, a população recusava aceitar ser onerada nesse sentido. Na documentação referente à Santa Casa não foi possível confirmar se a quantidade das doações reduziu-se e se este teria sido o seu motivo. No tocante as ações em termos de saúde, a regra para definir quais atos eram próprios do governo e quais pertenciam à piedade civil parece ter estado ligada à questão de a quem estas eram dirigidas. A Santa Casa, como outras Misericórdias e estabelecimentos de caridade, cabia a responsabilidade de cuidar e valer àqueles que não possuíam nem recursos nem família. Sua obrigação dirigia-se acima de tudo aos *desvalidos*. Neste sentido, tem-se aqui um ponto de grande importância para que se compreenda a noção de saúde pública deste período. Ela dirigia-se essencialmente aos que “*não tinham quem os cuidasse em casa*”.<sup>475</sup> Ou seja, o local fundamental para o exercício dos cuidados e terapias com vista ao restabelecimento e a cura dos enfermos é a casa, o espaço do lar e da família. Não se tratava de considerar o hospital um lugar onde se ia para morrer, ou de se desconsiderar as práticas ali realizadas. O significado de ter de ir ao hospital estava ligado tanto a “sina da pobreza” quanto a da *desvalia*, isto é, ao fato de não ter ninguém por si. No caso dos escravos podia até mesmo significar ter um mal senhor. Um exemplo interessante do lugar ocupado pelo hospital na concepção popular pode ser lido em um episódio relatado num ofício do Provedor Manoel José Freitas Travassos Filho ao presidente da província. Em 1847, uma índia, encontrada embriagada nas ruas de Porto Alegre, foi levada para a Santa Casa por uma patrulha da guarda municipal. Esta se recusou a entrar no prédio e tão logo começou a recobrar a consciência bradou que no hospital não ia entrar, pois tinha casa, família e quem cuidasse dela.<sup>476</sup>

Essa compreensão da atuação da Santa Casa configura-a como um espaço de cuidado e tratamento aberto àqueles que necessitavam desta caridade e não como uma instituição pública a serviço de todos. Isso não quer dizer que aí não existissem enfermos com recursos financeiros (ou mesmos irmãos que ao adoecerem tinham direito a tratarem-se na Santa Casa), conforme constam nos relatórios da instituição.<sup>477</sup> Porém, estes eram pagantes (com exceção dos irmãos) e, muitas vezes, usavam como critério de internação a ausência de uma estrutura domiciliar de cuidado e não os tipos de tratamento que, por ventura, pudessem ser ministrados no hospital. Se haviam

---

<sup>475</sup> CEDOP / SCMPA: Relatório do Provedor Dr. João Rodrigues Fagundes (1855).

<sup>476</sup> AHRS – Religião M3.

<sup>477</sup> CEDOP / SCMPA e AHRS – Religião.

exceções? Provavelmente, sim, mas somente um estudo aprofundado nos livros de pacientes da instituição poderia esclarecer as nuances que diferenciavam os seus internos. Afinal, como afirma Foucault,

“Na figura do ‘pobre necessitado’ (...) a doença era apenas um dos elementos em um conjunto que compreendia também a enfermidade, a idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados. A série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos socorros”.<sup>478</sup>

Na segunda frase do autor pode-se perceber o que é que torna essa época realmente diferente do tipo de construção de Saúde Pública que a época pasteuriana irá construir a partir do final do século XIX. Um olhar genérico sobre os livros que registravam a entrada e a saída dos enfermos é, contudo, suficiente para que possamos constatar alguns dados interessantes sobre o funcionamento do hospital. Primeiramente o fato de que a mortalidade dos internos estava dentro dos padrões aceitos na época.<sup>479</sup> Esse aspecto não somente é referenciado nos relatórios dos provedores e dos presidentes como também estes explicitam haver, inclusive, um padrão a ser seguido.

“Os enfermos entrados no semestre de janeiro a junho do corrente ano subiram a 229; destes 168 livres e 6 escravos; dos 1º s faleceram 18, e dos últimos 9: a mortalidade da classe livre está de 11 para 100; e da outra classe de 15. Não entrando, de ordinário, os escravos para o Hospital se não quando há perigo evidente, a diferença entre a mortalidade das classes ainda mais abona o desvelo dos administradores deste estabelecimento pio”.<sup>480</sup>

Em 1855, o presidente Barão de Muritiba avaliou a mortalidade do hospital da Santa Casa em torno de 10%, o que o equiparava ao Hotel Dieu, em França, e era digno de elogios, já o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande foi advertido de que deveria baixar seu índice de mortalidade (em torno de 14%) até ficar pelo menos no mesmo padrão<sup>481</sup>. Tal fato, no entanto, não permite que se superestimem os tipos de tratamentos oferecidos pela Santa Casa. Até o último quartel do século XIX, o hospital contou quase sempre com três facultativos, que variavam entre um ou dois médicos e um ou dois cirurgiões, e alguns poucos enfermeiros cujo papel era servir as dietas, ministrar os medicamentos prescritos, policiar os enfermos e, em alguns casos, cuidar do asseio dos doentes. Estes funcionários, no entanto, eram poucos e as visitas médicas

---

<sup>478</sup> FOUCAULT, M. *Op cit*, 2004, p. 195-6.

<sup>479</sup> CEDOP – SCMPA: Livros 1 e 2 de Matrícula Geral de Enfermos (1845-1855 e 1856-1865).

<sup>480</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Antonio Manoel Galvão (1847).

<sup>481</sup> AHRS – Relatórios dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Barão de Muritiba (1855).

bastante limitadas, daí a importância com que geralmente são referidas a assistência consubstanciada pelas dietas, qualidade dos alimentos que eram usados na alimentação dos doentes e remédios fornecidos pela botica da instituição.<sup>482</sup> Em 1855, o pessoal que se incumbia diretamente dos enfermos era o relacionado a seguir:

**MAPA de pessoal e vencimento dos Empregados da SCM da cidade de POA em 1855**<sup>483</sup>.

Lugar	Empregos	Nomes	Gratificações	Ordenados
<b>Hospital</b>	Adm.	<b>Manoel Joaquim de Souza Junqueira</b>		
	Médico	<b>Dr. Luiz da Silva Flores</b>		300\$000
	Cirurgião	<b>Antonio José de Moraes</b>		240\$000
	Cirurgião	<b>Dr. Porfírio Joaquim de Macedo</b>		300\$000
	Enfermeiro	<b>Antonio Ferreira de Lacerda</b>		386\$400
	1ºajudante	<b>Antonio Ignácio de Oliveira Ávila</b>		240\$000
	2ºajudante	<b>João Bekman</b>	24\$000	72\$000
	Enfermeira	<b>Demenciana Flora da Fonseca</b>		
<b>Botica</b>	Boticário	<b>João Nepomuceno Chagas</b>		1:000\$000
	Ajudante	<b>Ernesto de Souza Leal</b>		216\$000

No caso dos enfermeiros e ajudantes, os provedores não poucas vezes reclamaram a dificuldade em se garantir que o emprego fosse ocupado por alguém com um mínimo de conhecimentos (o que não se pode precisar o critério) para exercer a função, mesmo porque o ordenado era bem pequeno e no caso da enfermeira da Ala Feminina do hospital, não encontramos, nesse ano, a qualificação de seus vencimentos.<sup>484</sup> O funcionamento nas enfermarias, nesta época, era o seguinte:

“Os enfermos são socorridos por 3 profissionais, contratados especialmente para esse fim, e o serviço das enfermarias é feito por um 1º enfermeiro, por um ajudante deste e por serventes, além de um 3º enfermeiro que somente se ocupa com o curativo dos enfermos de cirurgia na enfermaria dos homens; por uma enfermeira e as serventes necessárias na enfermaria das mulheres”.<sup>485</sup>

Além do cuidado (que se baseava em atenção restrita e algum asseio) e da alimentação, estes profissionais aplicavam medicamentos. Não temos indicações de como este processo de avaliação do doente, diagnóstico e receita de remédios era feito, em especial, nas décadas anteriores a 1850. Deste período, restam ainda no Centro de

<sup>482</sup> CEDOP / SCMPA: Relatório do Provedor Marechal Luiz Manoel de Lima e Silva (1863).

<sup>483</sup> CEDOP / SCMPA: Relatório do Provedor Dr. João Rodrigues Fagundes (1855).

<sup>484</sup> Idem.

<sup>485</sup> Idem.

Documentação da Santa Casa de Misericórdia: o *Livro 1º A Objetos entrados na Botica da SCM (1842-1844)*, no qual existe uma relação das drogas utilizadas no aviamento das receitas, mas não as fórmulas dos medicamentos; o *Livro 2º de registro dos medicamentos nas 1ª e 2ª enfermarias de medicina (1856-1857)* e o *Livro 1º de Medicamentos da Polícia (1854-1857)*, nos quais existem os números pelos quais os medicamentos eram identificados, mas não sua fórmula, apenas algumas vezes aparece a indicação de uma ou outra substância que deveria ser adicionada ou era especificada para a aquela receita em particular. Em nenhum destes livros aparece o tipo de doença para a qual as fórmulas ali existentes deveriam ser aplicadas. Um comentário mais extenso sobre a forma como estes receituários eram utilizados na Santa Casa aparece no Relatório do Marechal Luiz Manoel de Lima e Silva, um dos provedores que mais tempo esteve à frente do estabelecimento.

“Como vos comuniquei o ano passado em meu relatório, foi feita a encomenda para a Europa do novo receituário, o qual chegou por um preço bem elevado, atenta a grande subida do câmbio (...) havendo antes da chegada sido preciso comprar-se nas drogarias da cidade diversos medicamentos que tinham esgotado do receituário passado, e alguns de muito preço, que os nossos Facultativos costumam receitar, como sejam, Salsaparrilha de Bristol, de Sandres e de Ayer, Ananchanita de Kemp, Óleo de Fígado de Bacalhau, Vinho de Bugeaud &, e deste grande consumo da botica, também foi causa ainda o acrescido movimento do hospital (...)”<sup>486</sup>

A fora a existência destes livros, o que se sabe a respeito dos medicamentos aplicados na Santa Casa de Misericórdia é que a Botica da instituição, que lhe fornecia os remédios e aviava as receitas dos seus facultativos, não limitava seu atendimento ao hospital. Ela também abastecia ao exército e atendia a procura por fármacos da população em geral.

Os provedores, em especial, na segunda metade do século parecem ter dado também grande atenção à limpeza e organização do hospital. No ano de 1855, por exemplo, foram tomadas novas medidas com vistas a melhorar o que se considerava o aspecto higiênico do hospital. Além das caiações anuais das enfermarias, o provedor João Rodrigues Fagundes instaurou uma coletoria, onde passaram a ser depositados os pertences dos enfermos homens, os quais antes se acumulavam ao lado dos leitos e que “*apresentava uma vista desagradável*”.<sup>487</sup> Apesar de constar uma reclamação formal do aspecto sanitário do hospital, datada do mesmo ano, por parte da Comissão de Higiene Pública, não temos provas de que ambos os fatos estivessem relacionado, embora seja

---

<sup>486</sup> CEDOP / SCMPA – Relatório do Provedor Marechal de Campo Luiz Manoel de Lima e Silva (1868).

<sup>487</sup> CEDOP / SCMPA: Relatório do Provedor Dr. João Rodrigues Fagundes (1855).

possível que esta, bem como o medo da chegada do cólera tenham tido alguma influência no estabelecimento destas “melhorias”. É importante, no entanto, que se tenha claro que embora *limpeza* e *higiene* fossem palavras que guardassem sentidos próximos, estas não se confundiam na época e nem se aproximavam da idéia de higiene que passa a existir após a revolução bacteriológica.

Para os gregos, a palavra *higiene* significava, literalmente, *saúde*, mas esta estava ligada a uma percepção holística do corpo e do ambiente.<sup>488</sup> Ao longo do tempo, as noções de limpeza e de higiene, contudo, foram se alterando. Estudos como os de Georges Vigarello – *O Limpo e o Sujo e História das Práticas de Cura* – traçam a evolução das formas como a higiene e a limpeza pessoal e coletiva foram interpretadas através da história.<sup>489</sup> Durante todo o século XIX, no entanto, as idéias de limpeza e moralidade estiveram claramente unidas, assim como a idéia de higiene associava-se imediatamente às percepções sensoriais de limpeza, isto é, a ausência de cheiros fortes e a não aparência de sujeira à visão. Era nesse sentido que os administradores do hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre buscavam pautar sua atuação em prol da limpeza do estabelecimento.

O primeiro regulamento sanitário acerca dos procedimentos do hospital foi estabelecido em 1867, às vésperas da eclosão da segunda epidemia de cólera na capital pelas mãos do Marechal Luiz Manoel de Lima e Silva, então provedor do estabelecimento. Foi aí que se estabeleceram como regras que as roupas de cama deveriam ser trocadas todas as semanas, bem como esta deveria ser a periodicidade para que os enfermos tomassem um banho – excluindo os alienados, que devido ao seu estado e a “*tendência a emporcalharem-se*”, podiam ser lavados com mais freqüência.<sup>490</sup> Também nesta época foi organizado um escoamento dos dejetos dos pacientes que se prestasse melhor às necessidades da instituição. “Primor” da engenharia em seu tempo, estes “sanitários” foram alvo de violentas queixas na virada do século XIX para o XX. O depreciamento da obra produziu discursos que, inclusive, apagaram o fato de que o estado e a forma dos escoadouros já eram uma melhoria em relação a modelos

---

<sup>488</sup> WEAR, A. *Op cit.*, 2001, p.1283.

<sup>489</sup> VIGARELLO, G. *O Limpo e o Sujo. A Higiene do Corpo desde a Idade Média*, Lisboa: Difel, 1988; *Op cit.*, 2001.

<sup>490</sup> AHRIS – Fundo Religião, M3 (1867) – Regulamento Sanitário do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Ver também FOUCAULT, M. *História da Loucura*. 5ª ed. São Paulo: ed. Perspectiva, 1997.

anteriores e que boa parte de sua deterioração se dava em função da má conservação das obras realizadas em 1866 e não por deficiências da obra em si.<sup>491</sup>

Outra parte do estabelecimento que possuía um papel importante neste período era a botica da Santa Casa, a qual teve, inclusive, por muitos anos uma divisão homeopática, cujo fechamento foi conseqüência e causa de divergências terapêuticas e político-partidárias entre os médicos da instituição.<sup>492</sup> A botica era responsável por fornecer remédios para o hospital e para o exército. Durante as epidemias, têm-se indícios que, por vezes, doentes pobres que eram tratados pelos médicos do estabelecimento, sem que ficassem internados, ali retiravam medicamentos gratuitamente.<sup>493</sup> No entanto, a forma como estes eram subvencionados pela irmandade ou pelo governo ainda não aparecem claramente nos documentos, embora seja possível que uma boa parte destes fosse pago pelo governo provincial.<sup>494</sup>

Apesar de tudo isso o hospital era visto ainda mais como um espaço de cuidado do que de cura, muito embora não se possa negar que muitos que ali entravam saíam realmente curados. O fato é que a Santa Casa de Misericórdia situava-se numa zona intersticial no que diz respeito aos tratos com a saúde. Não era um órgão público, mas também não se gerenciava como um estabelecimento completamente privado. Por outro lado, estava igualmente ainda no meio do caminho entre cuidado e tratamento e, certamente, ainda estava longe do atendimento clínico que neste momento começava a ser assumidos por alguns hospitais, especialmente, na Europa.<sup>495</sup>

Todavia, se se observar o hospital da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, ao longo do século XIX, é possível vê-lo transformando-se lentamente. A descrição comum da historiografia que o coloca como uma instituição parada no tempo, isto é, como se este tivesse praticamente a mesma configuração de funcionamento desde sua fundação até fins do século, não procede. De fato, foram contínuas as mudanças materiais e de estrutura física. Os provedores tinham interesse em mostrar serviço além da conservação do que já existia. Uma nova enfermaria, melhorias nas estruturas,

---

<sup>491</sup> Ver o trabalho de WEBER, B.T. *Op cit*, 1999, p. 151.

<sup>492</sup> FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Op cit*, 2003, p. 78-9

<sup>493</sup> AHRS – Relatório do Presidente da Província do Rio Grande do Sul – A7.05 – Barão de Mutiriba (1856) e Jeronymo Francisco Coelho (1856). O indício mais claro sobre esta prática é relatado a respeito da SCM de Rio Grande: “A botica forneceu grátis a pobres 3:117\$080rs. em medicamentos constantes de 4025 receitas”. AHRS – Relatório do Presidente da Província do Rio Grande do Sul – A7.10 – Antonio da Costa Pinto da Silva (1859).

<sup>494</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes – M27, 1856 (Saúde Pública).

<sup>495</sup> GRANDSHAW, L. The Hospital, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit*, 2002, 1184-93.

aumento de muros (para impedir a fuga de “doentes”, não tão doentes, especialmente os praças), melhorias nos portões, carros cemiteriais novos.<sup>496</sup> Os provedores sempre se preocupavam em apresentar modificações e melhorias, pois tinham seus nomes e reputações aí envolvidas. Em termos de atenção às conveniências dos enfermos a maior preocupação parece ter sido a *higiene* como demonstram, em especial, as provedorias de João Rodrigues Fagundes (1854-55, 1859-1864) e do Marechal Luiz Manoel de Lima e Silva (1865-1872). Para os administradores leigos, mais que para os médicos, a Misericórdia era uma vitrine de prestígio político e poder social. Nesse sentido, muito embora se possa apontar, como Beatriz Weber, a presença de uma caridade teatral e ostentatória<sup>497</sup>, não se pode esquecer que a “*inscrição numa irmandade não era uma mera formalidade, (...) era compromisso, envolvimento, participação ativa*”.<sup>498</sup> Logo, uma avaliação das ações e discursos dos provedores, bem como dos Presidentes da província, demonstra não ter estado aí ausente a figura do filantropo reformador, tão comum na Europa desta mesma época.<sup>499</sup>

De fato, pode-se perceber o quanto o discurso acerca da Misericórdia de Porto Alegre foi transformando suas justificativas ao longo do tempo. Sem perder de vista a imagem da “caridade cristã”, cada vez mais se fortaleceu a idéia do dever cívico e moral que recaía sobre os “homens de bem”. A estes “benfeitores da humanidade” cabia proteger e dar resguardo às ações de beneficência social desta instituição cuja atuação não se limitava ao amparo da “*humanidade enferma*”, pois “*este pio estabelecimento recebe, e cria os expostos (...), acolhe, e protege os alienados; e os pobres em suas diferentes condições; e tem a seu cargo os enterramentos e o cemitério público*”.<sup>500</sup> Além disso, mesmo a “caridade cristã” jamais esteve longe da idéia de se angariar benefícios com o auxílio aos pobres. Logo, a religiosidade era aí, sem dúvida, um elemento presente. Contudo, não se pode negar que no Brasil, assim como na Europa, era difícil separar o comprometimento religioso do orgulho cívico, do engrandecimento pessoal, do medo social e outras motivações mais mundanas.<sup>501</sup>

---

<sup>496</sup> CEDOP / SCMPA: Relatório dos Provedores. AHRS – Fundo Religião: M3 – Correspondência entre o Provedor da SCM e o Presidente da Província do Rio Grande do Sul.

<sup>497</sup> WEBER, B. T. *Op cit*, 1999, p. 135.

<sup>498</sup> BOSCHI, C. C. *Op cit*, 1986, p. 15.

<sup>499</sup> PORTER, D. *Op cit*, 1994, p. 10.

<sup>500</sup> AHRS – Relatório do Presidente da Província do Rio Grande do Sul – A7.03 – Luiz Alves Leite de Oliveira Bello (1852).

<sup>501</sup> JONES, C. Charity before 1850, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit*, 2002, p. 1476. (Tradução minha).

“... instituições de caridade tem habitualmente tido objetivos tanto sociais quanto religiosos. Os hospitais, as mais duradouras formas institucionais de motivadas pela caridade, eram também o meio pelo qual os abastados podiam ajudar – e por aí controlar e dominar – os pobres.”<sup>502</sup>

Estes são elementos que, sem apelo, interessavam não apenas às elites e às instituições religiosas, mas também e fortemente ao Estado. Por outro lado, outros valores além da caridade cristã começaram a ganhar relevo na qualificação dos homens “moral, hierárquica e economicamente superiores” daquela sociedade. Assim, os discursos dos Presidentes da província à Assembléia passaram a recorrer justamente ao caráter moral de seus deputados e não apenas ao seu senso de justiça, dever estatal, ou caridade cristã. Todavia, parece claro que as subscrições às Santas Casas existentes no Rio Grande de São Pedro eram também fruto da compreensão da posição senhorial na hierarquia da sociedade, onde o auxílio aos “desvalidos”, de uma forma ou de outra, revertia em redes de sujeição e troca de favores para os beneméritos “homens de posição”.

O auxílio Santa Casa de Misericórdia revestia-se, dessa forma, de um caráter político amplo e de suma importância para o prestígio e a popularidade dos homens e das famílias de poder na província. A não restrição deste fato a Porto Alegre é evidente na análise das doações feitas à instituição, às quais vinham de todos os pontos do Rio Grande do Sul.<sup>503</sup> Um outro aspecto que corrobora este argumento é o fato de que os enfermos pobres, para serem recebidos na Santa Casa, deviam trazer um atestado de sua indigência (que poderia, em alguns casos, ser passado por um inspetor de quarteirão) e/ou uma recomendação de um irmão que garantisse que este não tinha condições de pagar pelo tratamento.<sup>504</sup> Ora, o espaço para redes clientelares que se abre a partir da constatação desta exigência tem fortes implicações sobre o papel não apenas social, mas também político-econômico da Santa Casa na capital da província.

Se o argumento da política é forte, não se pode também desprezar a valorização dos ideais filantrópicos por parte dos que estavam envolvidos na empresa da Santa Casa. A orientação ideológica do Império no sentido de construir uma imagem de civilização à moda européia, esteve presente no horizonte daqueles que “animavam” os feitos da Misericórdia de Porto Alegre. Não é a toa que já em 1850, o prédio da Santa

---

<sup>502</sup> *Idem*, p. 1470. (Versão minha).

<sup>503</sup> CEDOP / SCMPA: Relatórios dos Provedores.

<sup>504</sup> AHRS – Fundo Religião: M3 – Correspondência entre o Provedor da SCM e o Presidente da Província do Rio Grande do Sul.

Casa era um dos mais notáveis da cidade e significava, para os que a observavam, “*a exata medida de sua civilização*”.<sup>505</sup> É na metade do século XIX, que a preocupação com esta imagem parece estender-se além de corporificação física do que se considerava o “*elevado grau de zelo, virtude e benevolência*” da população.

Estudos recentes têm procurado dar conta desse período em que o termo *caridade* passa lentamente a ser substituído por *filantropia*. Primeiramente é preciso saber onde e como esses termos se confundem e se separam. A caridade é o termo antigo para designar a preocupação dos privilegiados com o destino daqueles despossuídos de bens e desvalidos pela sorte. Já a filantropia é um termo mais recente. De acordo com Catherine Duprat, ele começa a ser usado no século XVIII e enquanto a caridade é antes de tudo uma virtude cristã, a filantropia, sem dela se separar, vai lentamente ganhando o sentido de virtude cívica e moral.<sup>506</sup> Não há um plano de ruptura ou dicotomia que separe completamente os termos em sua ação no mundo, contudo, a medida em que se nota uma laicização dos discursos a idéia de filantropia como uma virtude perante os homens e não apenas perante Deus vai lentamente ganhando força.<sup>507</sup> Uma virtude que ganhava ainda mais relevo quando se estendia de alto à baixo nos extratos de uma determinada sociedade.

Foi essa idéia que em 1859, o provedor Manoel José de Freitas Travassos quis provar ao escrever um texto denominado *Apontamentos para a história da fundação do hospital da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Porto Alegre*, no qual o autor baseado em relatos e memórias da comunidade fixou os termos em que, até hoje, a história da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é contada. A narrativa de Travassos fixou-se de tal modo que a maior parte dos textos referentes à história da Santa Casa – fora a análise de Beatriz Weber sobre a figura do irmão Joaquim Francisco do Livramento (monge ermitão que teria fundado a Santa Casa) – apenas o repete as indicações do provedor.<sup>508</sup>

Em linhas gerais, Travassos faz uma retomada dos precursores do cuidado dos desvalidos. Primeiramente, em fins do século XVIII, duas pessoas que se salientaram

---

<sup>505</sup> AHRS – Relatório do Presidente da Província do Rio Grande do Sul – A7.02 – Antonio Manoel Galvão (1847).

<sup>506</sup> Ver DUPRAT, C. *Lê temps des philanthropes*. Tome 1. Paris : Éditions du C.T.H.S, 1993.

<sup>507</sup> BYNUM, W.F. Medical Philanthropy after 1850, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Op cit*, 2002, p. 1486.

<sup>508</sup> FORTINI, A. *Porto Alegre através dos Tempos*. Porto Alegre Div. de cultura, 1962; GUIMARÃES, R. *A Herança do Irmão Joaquim*. Porto Alegre: Redactor, 1984; FRANCO, S. da C. *Op cit*, 2003, p. 14-5.

mais pela bondade do que pela posição social: José Antonio da Silva, o “Nabos a Doze”, homem “do povo” que juntava dinheiro para levar comida aos presos pobres, e a liberta Ângela Reiuna, que após a morte do anterior manteve em sua casa uma pequena enfermaria que cuidava, principalmente, dos marinheiros.<sup>509</sup> Após o falecimento desta, a atividade foi seguida por Antonio José da Silva Flores e Luiz Antonio da Silva, que mantiveram uma pequena enfermaria mantida por esmolas da população porto-alegrense. Neste estágio teria ocorrido a interferência do irmão Joaquim Francisco.

Mais que a narrativa em si ou a veracidade destes fatos, nos interessa a construção da bondade nata e filantrópica do povo porto-alegrense que Travassos corporifica, especialmente, nos ditos precursores. Observe-se que os primeiros cuidadores eram pessoas que em nada contavam na hierarquia social, mas que davam mostra de um elevado interesse pela causa da humanidade, ou seja, uma representação que evidenciava tanto um ideal cristão quanto uma concepção romântica do caráter da população. E, nesse sentido, a data de construção do texto é mais significativa que o tempo a que ele se refere no relato. Essa proximidade entre os precursores e aqueles a quem se destinava o cuidado orienta a compreensão histórica da instituição mais para a filantropia que para a caridade, mais para a moral civilizatória e secular que para o catolicismo ostentatório.<sup>510</sup> Por outro lado, a religiosidade é ainda um ponto importante, daí a figura emblemática do monge Joaquim Francisco, cuja participação e sobrevalorização no episódio já foi estudada por Beatriz Weber.<sup>511</sup> Da mesma forma, o valor dos homens de bem ficou representado pelo Visconde de São Leopoldo, que teria carregado em seus braços o primeiro doente a ser internado nas enfermarias da Santa Casa. Para além disso, o que o texto de Travassos fixa é quase uma lenda, um mito de origem, em que mais que a narrativa histórica parecem importar os fundamentos que sustentavam o estabelecimento, fundamentos ao mesmo tempo pios e humanitários. A narrativa da história da Santa Casa de Misericórdia acaba, assim, por confundir sua identidade com a da própria cidade de Porto Alegre.

---

<sup>509</sup> Estes personagens também aparecem nas memórias do Prof. Coruja que escreve o que se contava em Porto Alegre na primeira metade do século XIX. CORUJA, A. A. P. *Op. cit.*, 1993.

<sup>510</sup> Ver JONES, C. *Op. cit.*, 2002, pp. 1469-1485 e BYNUM, W. F. *Op. cit.*, 2002, pp. 1486-1494.

<sup>511</sup> WEBER, B. T. Considerações sobre religiosidade, biografia e história: o irmão Francisco do Livramento, *Sociais e Humanas*. Santa Maria, UFSM, vol. 1, junho 1998, pp.102-112.

### 3.4. Um outro mapa

Após este breve estudo sobre a atuação do governo imperial em termos de ações relativas à saúde no Rio Grande do Sul, gostaria de focalizar a renovada atenção que passou a ser dedicada a estas questões, especialmente no período que se estendeu entre 1850 e 1855. A ocorrência da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro no verão de 1849-50 e os novos avanços do cólera-mórbus na Europa e na América do Norte recrudesceram uma série de ações que se desdobraram além da criação da Junta Central de Higiene em 1850. Nas províncias, mesmo antes da criação das Comissões de Higiene Pública em 1854, que deveriam atuar como órgãos regionais da Junta de Higiene, os burocratas ligados à administração provincial deram mostras de estarem interessados em conhecer melhor tanto os males nosológicos que afligiam a população quanto os tipos de recursos que poderiam ser mobilizados no caso destas epidemias chegarem ao Rio Grande de São Pedro.

Assim, o que se percebe, após esta época, é um incremento, nos Relatórios dos Presidentes da província, das descrições dos *recursos em saúde* de que dispunha a população da região. De fato, pode-se aqui recorrer novamente à metáfora do mapa que utilizei no capítulo anterior. Sem ver nela uma elaboração consciente do período estudado, creio ser seu uso, neste tópico, um eficaz instrumento de compreensão das ações governamentais em termos de saúde pública. Nesse sentido, ao se analisar os Relatórios dos Presidentes da província, pode-se perceber uma clara tentativa do governo imperial em “cartografar” os auxílios de que se poderia utilizar a população nos momentos de enfermidade, os chamados *Socorros Públicos*. Estes foram assim definidos pelo Conselheiro José Antônio Pimenta Bueno (1850):

“Coligirei debaixo desta denominação algumas observações sobre os Estabelecimentos de caridade e beneficência pública. São socorros, que não devem considerar-se municipais, sim distribuídos em geral à província, porque alcançam os habitantes desvalidos dela, ainda de localidades diversas daquelas, em que os estabelecimentos existem, desde que os procuram. São instituições filhas da civilização, e alta moralidade, que honram a Província de São Pedro do Rio Grande do Sul”.<sup>512</sup>

Tais socorros, todavia, não podem ser descritos, conforme comentamos anteriormente, como se fossem modernos serviços de atendimento médico à população. Até porque a idéia de “atendimento” médico, fornecido sob o amparo do Estado, se

---

<sup>512</sup> AHRS – RPPRS: A7.03 – Conselheiro José Antônio Pimenta Bueno (1850).

levarmos em conta o que até agora foi demonstrado, é absolutamente anacrônica ao período. Além disso, estes *Socorros* compunham um conjunto de instituições e representantes tão diferentes entre si que nem mesmo é possível compreendê-los como se partilhassem de uma lógica de atenção às necessidades de saúde com alguma identidade.

Ao contrário dos apontamentos de Jane Beltrão para o Pará, onde a autora conseguiu traçar em linhas claras as diferenças entre *Socorros Públicos* e *Saúde Pública*, não foi possível, a partir da documentação relativa ao Rio Grande do Sul, elaborar semelhante separação.<sup>513</sup> Como se pode perceber no trecho transcrito acima, retirado do Relatório do Conselheiro Bueno, os *socorros* eram os estabelecimentos e outras formas de assistência que alcançavam os *desvalidos* da província. E em sua maioria, eram realizados por intermédio de estabelecimentos denominados de beneficência, caridade ou pios. Durante as epidemias, estes estabelecimentos ainda poderiam ser acrescidos por enfermarias civis desvinculadas de hospitais ou ainda ambulâncias montadas pelo governo<sup>514</sup> – que poderiam ser descritas como espaços onde eram colocados leitos e onde ficavam um, ou mais, responsáveis pelo cuidado dos doentes.<sup>515</sup>

Um traço importante que se pode notar nesta época é a maior preocupação em aumentar os incentivos para que se ampliasse o número dos estabelecimentos de amparo aos enfermos pobres no interior da província. A esta intenção, que pode ser notada na documentação desde o fim da Farroupilha, conjugavam-se pelo menos duas necessidades: o socorro facilitado das populações interioranas em períodos de crise e o alívio da afluência de doentes (em especial, os “alienados”) vindos do interior e que no processo de busca da saúde, conforme estudado no primeiro capítulo, acabavam indo para a Santa Casa de Misericórdia da capital. Por outro lado, opunha-se a isto a dificuldade de se conseguir doações suficientes para que se pudessem construir outros

---

<sup>513</sup> “Para pensar a situação crítica da Província, é recomendável discutir Saúde Pública e Socorros Públicos, estes últimos entendidos como política pública voltada à rotina da Província. No item relativo à Saúde Pública, os documentos oficiais (...) não raramente, trazem observação sobre outras formas de atendimento público ou solidariedade humana para distinguir a ação do governo e apresentá-la ao público alvo dos referidos documentos. Assim sendo, os dirigentes apresentam: a *beneficência* como um ato moral de indivíduo a indivíduo, prática freqüente no Pará; a *caridade* como virtude cristã praticada institucionalmente ou não, pelos católicos paraenses; e, finalmente, os *socorros públicos* entendidos como atos administrativos de dever social do governante em benefício do governado, assegurados por lei”. BELTRÃO, J. *Op. cit.*, 2004.

<sup>514</sup> Como vimos no capítulo anterior.

<sup>515</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes – M 26 (1855).

hospitais, sustentados pela caridade pública, em regiões com uma concentração populacional menor que as das cidades do litoral. E, como vimos, havia uma clara resistência dos dirigentes em conceber estas instituições como tendo origem somente na Fazenda Pública. Dessa forma, em 1850, existiam na província de São Pedro somente três hospitais ligados a Casas de Caridade: o de Porto Alegre, a Santa Casa de Rio Grande e a de Pelotas. Em Rio Pardo, nesta mesma época, estava:

“(…) em construção (um hospital), mas tem contado com pouquíssimas esmolas, correndo a maior parte das despesas por conta dos cofres públicos e que uma penosa circunstância, que ainda acresce, é de não ter por hora este pio Estabelecimento renda alguma, de maneira ainda quando concluído o hospital não possuirá meios de tratar os enfermos, a quem por hora não presta socorros alguns. A cidade de Rio Pardo, comparativamente com as outras que antes tenho mencionado, é pobre, e se não desenvolver muito o espírito de caridade encontrará as maiores dificuldades de se levar a efeito o seu pensamento”.<sup>516</sup>

A cartografia dos estabelecimentos que se dedicavam ao trato das doenças incluía também os hospitais e as enfermarias militares. Estes eram geralmente descritos como partes intrínsecas ao exército. Da mesma forma, eram aí contabilizadas as ambulâncias móveis, cujos medicamentos eram, em geral, fornecidos pela Santa Casa. As ambulâncias móveis constituíam-se em carroças com medicamentos (ervas, estratos, álcoois, entre outros) e instrumentos que eram enviadas, ao menos uma, junto com cada companhia do exército. Geralmente, eram acompanhadas também por um cirurgião e um soldado enfermeiro (o que não significava exatamente uma qualificação formal). Havia casos em que o primeiro faltava, quando então se prestava mais atenção aos conhecimentos do segundo. O conteúdo destas ambulâncias é descrito em um documento de 1848.<sup>517</sup> Porém, ao contrário dos hospitais e enfermarias militares, que somente em último caso parecem ter sido disponibilizados nas ocorrências epidêmicas para o uso da população em geral, as ambulâncias móveis constituíram um recurso de que o governo se serviu por diversas vezes em casos de surtos ou de suspeita dos mesmos no interior da província. Nestas circunstâncias, as ambulâncias podiam ser enviadas juntamente com um médico civil ou um cirurgião militar que estivesse disponível para socorrer à população, em especial, nas comunidades em que não houvesse médicos acadêmicos ou oficiais reconhecidos.<sup>518</sup> No caso da capital a

---

<sup>516</sup> AHRS – Relatório dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.03 – Conselheiro José Antônio Pimenta Bueno (1850).

<sup>517</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M 24 (1846-1850). V. Anexo 1.

<sup>518</sup> Sobre médicos acadêmicos e oficiais ver WITTER, N. *Op cit*, 2001, Cap. 2. Nos documentos v. AHRS – Correspondência dos Governantes: M 25 (1854).

montagem de enfermarias ou ambulâncias fixas ficavam, em tempo de epidemia, disponíveis à toda a população, contudo, não havia obrigatoriedade de internação dos enfermos e estes eram recebidos, mormente, se não tivessem recursos para serem tratados em suas casas.<sup>519</sup>

Assim, as únicas dentre estas instituições que parecem inserir-se dentro do conceito de Saúde Pública da época são, primeiramente, o Instituto Vacínico, e, após 1854, a Comissão de Higiene Pública. A consignação destas instituições sob esta rubrica, dentro dos Relatórios dos Presidentes da província, entretanto, não permite que se possa defini-las como parte de uma determinada “política de saúde pública”. O Instituto Vacínico é o único estabelecimento ligado ao governo que parece ter, neste momento, uma ação mais executiva que propositiva, embora dentro dos acanhados limites que comentei anteriormente. Quanto a Comissão de Higiene Pública, sua criação e seu papel correspondem, nestes primeiros anos de existência, à definição do presidente Sinimbú:

“No dia 4 e 5 do corrente ano foi instalada e começou a funcionar a Comissão de Higiene Pública, criada na conformidade da Lei n. 598 de 14 de setembro de 1850, e Decreto n. 828 de 20 de setembro de 1851, sendo nomeado presidente dela o Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba, por decreto de 9 de agosto do ano passado, e membros os Drs. Manoel José Campos e Thomaz Lourenço Carvalho de Campos, ambos nomeados por decretos de 17 de fevereiro do corrente ano.

Na forma do respectivo regulamento a referida comissão tem se ocupado da matéria de sua competência, e já fez indicações tendentes à saúde pública que foram convertidas em Posturas Municipais provisoriamente, aprovadas por esta presidência. A mais importante destas medidas é a proibição do enxerto do pus de bexigas, abuso de que tinham resultado muitos casos de morte. Graças à Divina Providência e à benignidade do clima a saúde pública da província não sofreu alteração estável”.<sup>520</sup>

A Comissão de Higiene Pública funcionaria, assim, como um órgão consultivo, ao qual caberia a proposta de posturas municipais e leis provinciais. Sua atuação no Rio Grande do Sul foi sempre geradora de conflito com outros setores do poder público como se pode observar tanto na documentação referente às correspondências trocadas entre o presidente da mesma e o governo provincial quanto nas atas e ofícios da câmara municipal. As atribuições da Comissão parecem ter lentamente sido ampliadas, na medida em que seus membros se empenharam em por em efetivo funcionamento as leis que estabeleciam suas funções. No entanto, este foi um processo vagaroso e que parece

---

<sup>519</sup> Ver capítulo 2.

<sup>520</sup> AHRs – Relatório dos Presidentes da Província do Rio Grande do Sul – A7.03: João Lins Vieira Cansansão de Sinimbú (1854).

ter estado intimamente ligado à eminência e depois à ocorrência da epidemia de 1855. Vale registrar as limitações desta enquanto órgão de Saúde Pública a nível regional e como braço da Junta Central de Higiene em nível nacional, pois a quase total ausência de comunicação entre estes parece sugerir ter ficado a Comissão mais subordinada à Presidência da província que à sua congênere na corte. De fato, foi infrutífera a busca por documentos que sustentassem uma ligação efetiva ou constante entre estes dois órgãos. Tanto na documentação existente no Rio Grande do Sul quanto na documentação da Junta Central, existente no Arquivo Nacional no Rio de Janeiro, os poucos contatos que encontrei parecem ter sido limitados e esporádicos. Tal fato parece revelar uma atuação da Junta Central de Higiene quase que apenas restrita à corte, porém, tal não parece configurar que as Comissões provinciais fossem inativas.<sup>521</sup>

O mapeamento dos recursos existentes – como os *Socorros Públicos* e um maior controle sobre o registro dos curadores – e a criação de órgãos consultivos em termos de saúde – como a Junta Central e as Comissões de Higiene Pública – foram, entretanto, apenas uma parte das ações do governo Imperial na seqüência dos anos 1850. Uma outra parte desta cartografia governamental se realizava a partir do registro que os médicos, cirurgiões, licenciados e boticários deveriam fazer junto às Câmaras Municipais para poderem exercer a profissão.<sup>522</sup> Esse registro fazia parte de um esforço no sentido de controlar o exercício das artes da cura, mas também de ter, por parte do governo, um mapeamento das forças que poderiam ser acionadas em caso de necessidade, fato que se tornou mais urgente após as epidemias de febre amarela em 1850 e cólera em 1855.<sup>523</sup> Em Porto Alegre, esses registros estão inicialmente na Câmara Municipal, conforme ordenava a legislação de 1832.<sup>524</sup> A partir de 1854, esse registro, embora continue a ser feito na Câmara, passa a precisar, ao menos em tese, da concordância da Comissão de Higiene Pública (órgão ligado à Junta Central de Higiene, criada em 1850), que passará a manter cópias do registro e a pedir a inclusão ou exclusão deste ou daquele membro conforme o seu julgamento de competência.

As listas de registros costumavam conter o tipo de formação pela qual passara o curador, a qual era avaliada pela Comissão como estando ou não de acordo com a

---

<sup>521</sup> Ver MACHADO, R. *et al. Op. cit.*, 1979 e CHALHOUB, S. *Op. cit.*, 1996.

<sup>522</sup> Ver, por exemplo, a lista compilada da Câmara municipal pela Comissão de Higiene Pública no Anexo 2. AHRs – CG: M 25 (1854).

<sup>523</sup> Sobre esse esforço e as transformações ocorridas na medicina brasileira, ver PIMENTA, T. S. *Op. cit.*, 2004.

<sup>524</sup> Coleções de leis do Brasil (CLB) – Códice 46-2-39 (1830-1839).

legislação. É claro que, se por um lado, muitas vezes essa avaliação nada tinha de objetiva, por outro lado, o poder da Comissão em controlar o exercício das artes de curar era extremamente relativo. As disputas geradas em torno da inclusão ou não nestas listas demonstram um outro elemento que não deve ser desprezado nas reflexões sobre as formas como se organizavam as práticas de cura, mesmo oficialmente. Refiro-me à importância das relações pessoais. É difícil compreender muitas das ações destes homens que se jactavam defensores das leis sem adentrar no emaranhado de suas relações e disputas. Muitas vezes saber quem era amigo de quem e quem não era, pode clarear o porquê de determinadas decisões ou do não acatamento das mesmas. Entretanto, o estudo das relações estabelecidas entre os curadores em geral e suas implicações junto aos cargos que, em especial, aqueles que eram médicos ocupavam será um dos temas tratados no próximo capítulo.

## Capítulo 4 - Os que se arvoram a curar

Nos trabalhos onde saúde, doença e cura tem sido alvo de pesquisas dos historiadores, a figura representada por aqueles que curavam, ocupou uma posição central. Uma parte significativa dos estudos realizados viu, em especial, nos médicos de formação acadêmico-científica a parte dinâmica desta área da história. Na maior parte das vezes, restava aos doentes e seus familiares o papel de receptores e, aos praticantes de outros tipos de artes de curar, o papel de antagonistas e, por vezes, de vilões. Escritos, mormente, por médicos, os estudos pioneiros na área voltavam-se primordialmente para a História da Medicina, entendida unicamente como uma história das práticas e conhecimentos acadêmicos e de suas conquistas nos campos da ciência e das instituições. Curandeiros, boticários, cirurgiões-barbeiros e parteiras, embora nomeados distintamente, apareciam em grande parte destes textos como categorias difusas e quase sempre marginais.

Neste sentido, a posição ocupada por estes diferentes tipos de curadores na sociedade foi, na esmagadora maioria das vezes, descrita através das percepções dos médicos, grupo que pretendia a hegemonia, produzia a maior parte dos documentos e escrevia a sua própria história. Foi a renovação nos estudos sobre a História da Medicina, ocorrida nas últimas décadas, que passou a colocar o foco das pesquisas não somente sobre outros tipos de curadores, mas também sobre a percepção que deles tinham aqueles que os buscavam para o conforto para suas mazelas. O elemento analítico que Roy Porter denominou “visão do paciente” trouxe para os estudos da área um reposicionamento da figura do curador.<sup>525</sup> Tal recolocação deixou claro que as hierarquias impostas pela lei não eram as mesmas vivenciadas no cotidiano das comunidades. No dia-a-dia dos grupos humanos, os curadores possuíam bem mais que

---

<sup>525</sup> PORTER, R. *Op cit.*, 1985.

um título a lhes preceder; possuíam um nome, um rosto e um conceito sobre sua atuação, elementos que, em conjunto e em última análise, eram o que realmente os posicionava socialmente e garantia seu acesso à clientela.

Minha busca por caracterizar o mundo da doença e da cura sobre o qual a epidemia de cólera de 1855 se espalhou não poderia deixar de explorar os homens e mulheres que se arvoravam a curar na Porto Alegre dessa época. Contudo, pretendo dar maior atenção às formas como os curadores eram percebidos e o lugar que ocupavam no mundo social constituído pela sua clientela. Em meus estudos anteriores sobre as práticas de cura, enfocando a segunda metade do século XIX, concluí que o chamado de um determinado curador por parte da família ou grupo de relações de um doente (os *sofredores*) correspondia à, pelo menos, três fatores que se punham de forma não hierarquizada. Primeiro, a forma como a doença se apresentava. Segundo, o conceito que o curador possuía na comunidade. E, terceiro, a proximidade de concepções de cura, corpo e doença entre curadores e os *sofredores*.<sup>526</sup>

Sem desprezar estas conclusões, minha intenção aqui é buscar refiná-la um pouco mais e assim marcar, no mapa de possibilidades terapêuticas dos *sofredores*, o variado renque de curadores com que estes podiam contar. A documentação consultada para esta pesquisa demonstrou que a inserção social era fundamental para determinar o local ocupado pelos curadores junto ao leito dos doentes e também a frequência e a forma como eram chamados. Por outro lado, a diversidade de formação percebida entre estes agentes da cura ocupava-se em responder as diferentes expectativas, visões de mundo e doenças propostas pela clientela. A diversidade social entre os *sofredores* também aparece aí como um dado importante, porém definir *a priori* que determinadas categorias sociais iriam “preferir” certos tipos de curadores não se coaduna com o que foi encontrado nas fontes. A escolha e o chamado de um curador, ou de vários ao mesmo tempo, respondia a outras lógicas que não aquelas que tradicionalmente associam médicos-pensamento racional-classes abastadas ou curandeiros-pensamento irracional-classes desprivilegiadas.

Como foi enunciado anteriormente, tenho utilizado o termo *curadores* para me referir à ampla e diferenciada categoria de homens e mulheres que, oficialmente habilitados ou não, exerciam a *arte de curar*. O uso desse termo busca inicialmente escapar a dicotomia que tem sido regra na caracterização desta categoria, especialmente

---

<sup>526</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

no que se refere à historiografia brasileira (mas não só a ela) que coloca sempre o antagonismo entre *médicos* e *curandeiros*, muitas vezes construindo a segunda categoria em oposição à primeira. Ao contrário de outras tradições historiográficas em que a palavra *medicina*, e mesmo o termo *doutor*, inclui boa parte da gama possível de agentes da cura<sup>527</sup>, no Brasil a luta dos médicos acadêmicos para diferenciarem-se de seus concorrentes surtiu um efeito longo de separar o grupo que se tornou dominante de todos aqueles que não correspondiam às especificações profissionais distintivas desta categoria.

Se observarmos trabalhos como os realizados por Jean-Pierre Goubert, François Lebrun, Olivier Faure e Mathew Ramsey para a França, os de Roy Porter e Edward Shorter na Inglaterra entre outros percebemos a aceitação destes autores de que as fronteiras que separavam os médicos diplomados de seus congêneres, adeptos de outras tradições terapêuticas, estavam longe de serem claras.<sup>528</sup> Fato igualmente patente para uma boa parte da historiografia brasileira atual.<sup>529</sup> Porém, aqueles autores fixam sua definição dos que curavam a partir da antiguidade desta figura entre os grupos humanos e seguem o caminho a partir do qual esta vai se diferenciando, multiplicando e complexificando cada vez mais na medida em que se aproximam do tempo atual. Goubert, por exemplo, reconhece que embora se possa distinguir fronteiras culturais eloqüentes entre os praticantes das *artes de curar*, mesmo na época Moderna, nem sempre suas práticas se caracterizavam como antagônicas. As trocas de saberes não eram infreqüentes e não raro se pode localizar curandeiros de origem popular que se utilizam de práticas e medicamentos comuns aos médicos diplomados, bem como estes, em especial quando longe dos centros de saber científico, podiam incorporar terapêuticas que eram aceitas tradicionalmente pelas suas clientelas.<sup>530</sup> Para os autores mencionados acima, os curadores aparecem como elemento que ocupa um lugar semelhante no mundo social. Contudo, não nos enganemos com o uso destes termos globalizantes. Eles apenas demonstram que esta categoria múltipla e formada por diferentes influências culturais não pode ser analisada, em épocas anteriores a nossa, a

---

<sup>527</sup> GOUBERT, J-P. *Op cit.*, 1998, p. 37 ; SHORTER, E. *Op cit.*, 2001a.

<sup>528</sup> GOUBERT, J-P. *Op cit.*, 1998; LEBRUN, F. *Se soigner autrefois*. Médecins, saints et sociers aux XVII et XVIII siècles. Paris: Éditions du Seuil, 1995; FAURE, O. *Les Français et leur médecine au XIX siècle*. Paris : Belin, 1993; RAMSEY, M. *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830: The social world medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002; PORTER, R. *Op cit.*, 2004; SHORTER, E. *Op cit.*, 2001a.

<sup>529</sup> Ver a análise sobre a historiografia acerca das práticas de cura populares no primeiro item deste capítulo.

<sup>530</sup> GOUBERT, J-P. *Op cit.*, 1998, p.41-2.

partir de uma ótica hierarquizante. E que mesmo quando é possível nomear um determinado curador – seja como médico, curandeiro, prático, parteira, boticário – suas ações no mundo social não raro poderiam extrapolar aquilo que a princípio sua denominação sugeriria. Logo, explorar o universo de atuação dos curadores é tão importante quanto nomeá-los para identificar com clareza as práticas que estes ofereciam às suas clientelas.

A diferenciação entre os médicos diplomados e seus concorrentes faz parte de uma longa luta da medicina científica. Mas embora possamos colocar seu início em séculos anteriores, não podemos apontar o seu final antes de, pelo menos, meados do século XX. Assim, mesmo para os curadores de outrora, as diferenças podiam ser obscuras ou se exporem ao sabor de divergências terapêuticas que eram comuns mesmo entre aqueles formados dentro de uma mesma tradição, inclusive a acadêmica. Ou seja, não somente as práticas curativas religiosas, populares ou mágicas eram múltiplas, mas a própria medicina institucionalizada. Quando ocorriam os embates, as acusações de *charlatão* não pareciam limitar-se apenas aos que não possuíam título. O *charlatão* era o outro!<sup>531</sup> Assim, o termo correto para designar esta tradição seria também plural, isto é, *medicinas*, como alguns autores propõem. Gabriela Sampaio viu esta diferenciação observando tão somente a prática dos médicos da corte do Rio de Janeiro na segunda metade do século XIX.<sup>532</sup> Jean-Pierre Goubert, porém, nos alerta que o emprego da palavra *medicina* deve estar atento a uma multiplicidade ainda maior.

“Se o historiador entende que não deve se limitar unicamente à história das ciências, nem a de uma só civilização, quando muito sendo ela a ocidental, o uso do singular perde completamente o sentido; eu lhes digo, dessa forma, que existe e existe até os nossos dias *medicinas* científicas, escritas, livrescas, como a européia, a árabe e a chinesa; e *medicinas* populares dotadas de outra lógica, empíricas, orais dentro destas mesmas civilizações e através das quais circulam noções, gestos e práticas provenientes até mesmo de lugares distantes como a China, como é o caso da variolização (século XVII), ou saídas da velha Inglaterra, como a vacinação anti-variólica (século XVIII), mas derivando segundo modalidades e graus de eficácia muito contrastantes (...).”<sup>533</sup>

Seguindo estas idéias, o uso do termo *curadores* antes de aprisionar os agentes da cura em uma única categoria, permite re-elaborar a sua diversidade, procurando superar as hierarquizações *a priori* e demonstrar que mesmo no âmbito da Medicina encontra-se uma clara multiplicidade. Além da multiplicidade de práticas, ainda

---

<sup>531</sup> Idem, p. 43.

<sup>532</sup> SAMPAIO, G. dos R. *Op cit.*, 2003.

<sup>533</sup> Idem, p. 37 (tradução minha).

encontramos, especialmente no caso dos médicos diplomados, a pluralidade na ação política e no entendimento da atuação em saúde pública. Tudo isso vem apenas a reforçar o fato de que o termo *curadores* é tão somente um artifício didático para um grupo que se define e diferencia antes de tudo pela prática. E é sobre esta prática que pretendo me deter neste capítulo.

Para demonstrar esta tese, o capítulo que se segue foi dividido em três partes. Na primeira delas, farei um breve comentário acerca da historiografia e a forma como esta vem caracterizando os diferentes tipos de curadores, em geral dividindo-os entre médicos e os curandeiros. É justamente a diversidade apontada pela historiografia que demonstra o quanto é necessário repensar a categorização daqueles que se “arvoravam” a curar. Na segunda parte, tentarei traçar em linhas mais claras como esses diferentes tipos de curadores aparecem nas fontes do período e o que podemos ler, através delas acerca da sua atuação junto aos *sofredores*. Por fim, na terceira parte, me interessa analisar mais profundamente o que constituía ter o poder (ou o conhecimento) da cura naquela sociedade. Como esta capacidade de cuidar e, por vezes, tratar, poderia ser usada como estratégia de conquista e dominação (caso dos padres, médicos-políticos e outros tipos de sacerdotes), como arma de luta, resistência e negociação (como se percebe entre os escravos e libertos que aparecem como curandeiros), como moeda de troca social (para aqueles que dependiam dos cuidadores e curadores).

#### **4.1. As práticas de cura como objeto da história**

A historiografia brasileira, como aponta Flávio Edler, seguiu, em diversos conceitos, os passos dos pioneiros historiadores médicos da medicina.<sup>534</sup> Assim, no que dizia respeito às práticas populares de cura, a maior parte dos escritos sobre o assunto contentou-se em repetir o discurso médico sobre a ação das concorrentes como sendo uma atividade marcada pela ignorância, superstição e ineficácia. As práticas populares de curar, vistas como antagônicas a arte médica, acabaram aparecendo, assim, em boa parte da historiografia, como pertencentes a um conjunto de atitudes “pré-rationais” e ilógicas, fruto de uma mistura de culturas (visto de forma pejorativa) e do “abandono” em que viveram as povoações brasileiras, especialmente, durante o período colonial.

Tais práticas teriam se originado, para uma boa parte dos autores que comentaram o tema, principalmente, pela “falta” de médicos com que sofreu a

---

<sup>534</sup> EDLER, F. C. *Op cit.*, 1998, pp.169-186.

população luso-brasileira nos primeiros séculos de sua história. Este fato fez com que tais práticas fossem admitidas pelas autoridades como um “mal necessário” à sobrevivência da população. Entretanto, a permissividade e o pouco controle com que o curandeirismo foi tratado nestes primeiros séculos teria acarretado, nos alvares da medicina científica no país, uma árdua luta dos doutores contra o que se dizia ser “o arraigado atraso” do povo brasileiro. Esse argumento é presente em uma boa parte das obras clássicas sobre a história da Medicina e é um dos argumentos básicos da obra paradigmática de Lycurgo Santos Filho sobre a história da medicina no Brasil<sup>535</sup>, e foi, por muito tempo, repetido em diferentes obras da historiografia nacional.

Nas últimas décadas, um renovado interesse pela história da medicina e de outras práticas de cura tem modificado bastante a antiga leitura a respeito dos curandeirismos e dos curandeiros em geral. Essa mudança de olhar, no entanto, tem raízes mais antigas e pode ser percebida em vertentes anteriores do pensamento sobre o Brasil. Na primeira metade do século XX, vários estudiosos que se dedicaram ao estudo do folclore brasileiro começaram a se interessar em coletar informações e compreender as raízes culturais em que se baseavam as práticas de cura populares. Longe de querer esgotar seu número, escolhi considerar dois destes trabalhos, apenas como exemplos, que colocaram sob o foco de seus estudos as formas como a população vivenciou o cotidiano da cura e que tiveram reconhecida repercussão na intelectualidade nacional: a obra de Oswaldo Cabral, que se dedicou a coletar informações sobre estas práticas em épocas anteriores ao século XX; e o livro de Alceu Maynard de Araújo, que investigou as concepções e usos de cura de uma região distante dos grandes centros urbanos do país, o município de Piaçabuçu, na foz do rio São Francisco (AL).<sup>536</sup>

Estes dois autores traçaram um painel com dados históricos e sociais que permitisse compreender as atitudes populares em relação à cura. Já aqui, ambos buscaram desmistificar a identificação – forjada especialmente em fins do século XIX – entre curandeirismo e charlatanismo. Para Cabral, a diferença é muito clara, enquanto o primeiro fazia parte de um arcabouço de crenças que envolviam praticantes e usuários, o segundo tinha por definição o fato de ser exercido por pessoas de má fé com

---

<sup>535</sup> SANTOS FILHO, L. de C. *História Geral da Medicina Brasileira*, (1ª ed. 1948), Vol. I e II, São Paulo, HUCITEC/EDUSP, 1991.

<sup>536</sup> CABRAL, O. *Medicina, Médicos e charlatões do passado*, Florianópolis, Imprensa Oficial, 1942; \_\_\_\_, A medicina teológica e as benzeduras – suas raízes na história e sua persistência no folclore, *Revista do Arquivo Municipal*, Nº. CLIX, São Paulo, Departamento de Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo, 1950; ARAÚJO, A. M. de. *Medicina Rústica*, (1ª ed. 1950), 2ª ed., São Paulo, Nacional, Brasília, INL, 1977.

consciência da sua incapacidade de curar e que sabiam estar enganando os mais “ingênuos”.<sup>537</sup> Além desta diferenciação, é comum também a esses autores a idéia de que a população brasileira, em especial os grupos menos abastados ou etnicamente excluídos, dava preferência aos curandeiros em detrimento dos médicos. E esta por si só já era uma questão digna de nota e que necessitava de respostas. Em suas explicações podem-se identificar elementos que os assemelham e aproximam: o entendimento de que o curandeirismo possuía diversas formas de manifestação; que ele se constituía de uma fase de entendimento do mundo e da cura que era anterior ao da medicina científica e racional,<sup>538</sup> e que sobrevivia como parte do folclore nacional<sup>539</sup>; e, por fim, que existia uma profunda identificação entre os curandeiros e boa parte de seu público consumidor. Apesar disso, não se tratam de obras que possam ser colocadas exatamente em uma mesma linha interpretativa.

A obra de Cabral, por exemplo, em boa parte se insere no terreno do recolhimento de curiosidades acerca do folclore popular da cura e da doença, onde explicação do comportamento dos sujeitos se faz, muitas vezes, através do descrédito da própria medicina científica brasileira do período. Esta é descrita pelo autor como atrasada e ineficaz, incapaz de convencer e atender às necessidades físicas e mesmo emocionais da população. Já a obra de Maynard é bem mais densa. Inspirado pela antropologia norte-americana das décadas de 1940 e 1950, o autor buscou na compreensão da lógica de pensamento de curandeiros e seus clientes não apenas uma forma para entender suas ações, mas também como elemento para a construção de uma estratégia que permitisse aos médicos utilizar a lógica popular para conquistar a confiança do povo. A partir daí, conclui o autor, seria possível implantar uma “verdadeira medicina social”, isto é, que pudesse sanear as mazelas da população pobre educando-a nos princípios da higiene, da ciência e da racionalidade.<sup>540</sup> Maynard, porém, não critica o entendimento de mundo expresso por seus sujeitos, pelo contrário, tenta compreendê-lo como parte de um contexto ecológico, histórico e social.

---

<sup>537</sup> CABRAL, O. *Op cit.*, 1950.

<sup>538</sup> O que corresponde a periodização clássica descrita por EDLER, F. C. *Op cit.*, 1998.p. 171.

<sup>539</sup> Não se pode esquecer, em vista disso, que o momento em que essas obras foram escritas foi marcado por um grande interesse não só pelo recolhimento dos elementos que constituíam o folclore brasileiro como também pela tentativa de construir uma ciência do folclore. Sobre o assunto, ver VILHENA, L. R. *Op cit.*, 1997.

<sup>540</sup> Maynard, 1977, p. 13. O autor baseia seu conceito de *medicina social* em Carlos Medrano e Mário Vasquez, dos quais também aceita a idéia de que a antropologia se faz fundamental para a medicina alcançar o consenso que pretende entre as populações mais “incultas”.

Outros autores também demonstraram interesse pelas práticas curativas populares, sem, no entanto, as estudarem como parte integrante da história da medicina. Câmara Cascudo foi provavelmente um dos mais influentes dentre os pesquisadores que deram atenção a estas práticas como parte do arcabouço folclórico da população brasileira, em especial, no que dizia respeito às suas influências indígenas e africanas. Outro autor cujas pesquisas também foram de grande importância para o desenvolvimento do tema foi Roger Bastide. Seus estudos, porém, não se ligavam ao folclore, mas às lógicas religiosas (principalmente a afro-brasileira e o catolicismo popular) que sustentavam as explicações sobre a cura e a doença entre a população ligada à cultura popular.<sup>541</sup>

Nas décadas de 1970 e 1980, o empenho dos historiadores no diálogo com outras ciências sociais, como a antropologia, a sociologia, a filosofia e a psicologia, fez surgir, no âmbito das pesquisas históricas, novas áreas de interesse em termos de objetos (como o corpo, doença, o cotidiano, etc.) e abordagens (cultural, antropológica, psico-social). No caso da história da medicina, esta sofreu uma grande renovação a partir da busca daqueles estudiosos em tematizar sua construção institucional e seu papel junto ao poder político e governamental.<sup>542</sup> Contudo, as alterações ocorridas nas formas de pensar a história médica também modificaram a forma como as práticas populares de cura tinham sido até então apreendidas. A antiga divisão que periodizava os saberes de cura em mágico, teológico e científico passou a ser questionada.<sup>543</sup> Embora muitos autores tenham continuado a entender o curandeirismo como uma expressão do abandono dos governos e da falta de recursos médicos, estes se diferenciavam das interpretações anteriores ao encararem as práticas de cura da população como uma forma resistência a padrões culturais alheios e como expressão de uma visão de mundo que diferia substancialmente da das elites: a cultura popular.

---

<sup>541</sup> CASCUDO, L. da C. *Meleagro, depoimento e pesquisa sobre magia branca no Brasil*. Rio de Janeiro, Livraria Agir Editora, 1951; \_\_\_\_\_. *Made in África: pesquisas e notas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965; \_\_\_\_\_. *Tradição ciência do povo*. São Paulo: Perspectiva, 1971; BASTIDE, R. *Religiões Africanas no Brasil: contribuição a uma sociologia das interpenetrações de civilizações*, São Paulo, Pioneira, 1971; \_\_\_\_\_. “Medicina e Magia nos Candomblés”, in RIBEIRO, R. e BASTIDE, R. *Negros no Brasil: religião, medicina e magia*, São Paulo, Escola de Comunicação e Artes, 1971.

<sup>542</sup> Ver CARVALHO, M. A. de e LIMA, N. T. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva, in FLEURY, S. (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Relumê, 1992. Algumas obras que exemplificam e, de certa forma inauguraram essa tendência, foram: MACHADO, R. *et alli*. *Op cit.*, 1978; COSTA, J. F. *Op cit.*, 1979.

<sup>543</sup> Conforme era usada por CABRAL (1948 e 1950) e ARAÚJO (1977), por exemplo.

Dentro destas características, muitos historiadores se interessaram pelo estudo dos elementos que haviam conformado a cultura popular brasileira, mas, inicialmente, foi entre os antropólogos e sociólogos que se colocou mais fortemente o questionamento sobre o lugar ocupado pelas práticas de cura entre os populares, especialmente, na vida contemporânea. As investigações que daí surgiram resultaram em trabalhos que buscavam encontrar no chamado curandeirismo um sentido original e não uma parte da história da medicina, no sentido de uma construção em “oposição à”. A permanência viva e atuante destas formas de curar que não eram aceitas pelos médicos acadêmicos e supostamente tinham sido vencidas por eles na guerra da racionalidade e da eficácia foi o ponto de partida para esses pesquisadores. Em boa parte, sua intenção era romper com a idéia de que estas práticas sobreviviam apenas em nichos populacionais onde o abandono governamental e a “ignorância” seriam maiores: o campo (visto como “mais atrasado” que o urbano), a periferia (“mais atrasada” que o centro), os pobres (“mais ignorantes” que os ricos), etc; para isso era necessário compreender a lógica de determinados grupos, bem como suas concepções de doença e de cura.

Os trabalhos de Maria Andréa Loyola, Paula Montero, e Elda Rizzo de Oliveira<sup>544</sup>, por exemplo, fugiram das abordagens folclóricas e religiosas acerca das práticas de cura populares e encontraram nelas e em seus praticantes (curandeiros, doentes e seus familiares) uma coerência (em nada irracional, como queriam alguns) nas idéias sobre o funcionamento do corpo e sobre as ações do mundo e dos homens sobre ele. Para essas autoras, a diferença de entendimento advinha de uma racionalidade específica e de necessidades práticas e simbólicas diferentes, mas não destituídas de valor, nem atrasadas ou fruto simplesmente da ignorância e da superstição. Pelo contrário, as práticas de cura populares seriam uma criação original e não simplesmente reativa a outros saberes ou à falta deles. Para Elda Oliveira:

“Essa visão preconceituosa, que considera a medicina popular como uma prática feita por pessoas ignorantes, nega qualquer contribuição que parte dessa população para construir novas formas de pensar as doenças e as curas. Quando a medicina popular é estudada desse modo, não se levam em consideração nem conhecimentos, nem necessidades sociais e nem as estratégias de cura criadas pelas pessoas do povo”.<sup>545</sup>

---

<sup>544</sup> LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*, São Paulo, Difel, 1984; MONTERO, P. *Da Doença à Desordem: a magia na Umbanda*, Rio de Janeiro, Graal, 1985; OLIVEIRA, E. R. de. *O que é medicina popular?* São Paulo, Brasiliense, 1985.

<sup>545</sup> *Idem*, p. 12.

Entre os historiadores, foi na década de 1990 que os questionamentos sobre o papel das diferentes práticas populares de cura na história do Brasil acentuou-se como parte das preocupações de pesquisa. A publicação, no Brasil, e a notoriedade alcançada por algumas obras estrangeiras que investigavam a cultura popular, especialmente na Europa Moderna, foram uma das fontes de inspiração para os estudiosos nesse período.<sup>546</sup> Isso ocorreu tanto em termos de abordagens, como, por exemplo, a ampla variedade do que se chama de história cultural, quanto na busca de novos mananciais documentais e de outros olhares sobre materiais já conhecidos. A riqueza documental e analítica das obras de historiadores brasileiros como Laura de Mello e Souza, Ronaldo Vaínfas, Mary Del Priore e Sidney Chalhoub<sup>547</sup> entre outros colocaram em voga as investigações baseadas em fontes como as visitas inquisitoriais, os processos-crime, e mesmo a releitura de cronistas e viajantes do Brasil colonial e imperial.

No caso da história das práticas populares de cura e pelo papel que estas representaram na história do povo brasileiro, os trabalhos de Gabriela Sampaio, Márcia Ribeiro e de Beatriz Weber<sup>548</sup> deram um importante passo no sentido de solidificar na academia o interesse por esse campo de estudos, associando-o a história da medicina, mas não mais como uma construção de oposição. Embora nenhuma destas obras tenha o curandeirismo como tema principal, elas foram responsáveis pela colocação de alguns dos problemas que se tornaram caros aos estudiosos do tema. Em primeiro, a idéia de que, ao longo dos três primeiros séculos da história do Brasil, apenas uma tênue fronteira distanciava o saber médico oficial e os saberes populares (o que não difere do que atestam para a Europa, os autores comentados acima<sup>549</sup>). Essa identificação entre as práticas permitiu que se questionasse tanto o lugar ocupado pelos agentes da cura na sociedade brasileira, quanto a idéia de que médicos e curandeiros antagonizavam-se em

---

<sup>546</sup> GINZBURG, C. *O queijo e os vermes – o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*, São Paulo, Companhia das Letras, 1987; DAVIES, N. Z. *Culturas do Povo*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990; BURKE, P. (org.) *A Escrita da História – novas perspectivas*, São Paulo, Unesp, 1992. Mesmo só tendo sido publicado no Brasil em 2000, também foi muito influente o artigo de THOMPSON, E. P. “La economía ‘moral’ de la multitud em la Inglaterra del siglo XVIII”, in *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Barcelona, Crítica, 1979, p. 62-134.

<sup>547</sup> SOUZA, L. de M. e. *Op cit.*, 1989; VAÍNFAAS, R. *Trópico dos Pecados*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989; PRIORE, M. D. *Ao Sul do Corpo*, Rio de Janeiro, José Olympio, 1993; e, um pouco mais tarde, CHALHOUB, S. *Op cit.*, 1996.

<sup>548</sup> SAMPAIO, G. dos R. *Op. cit.*, 2001; RIBEIRO, M. M. *Op cit.*, 1997; WEBER, B. T. *Op cit.*, 1999. É importante notar que estes trabalhos passaram a ser citados nas teses acadêmicas mesmo antes de serem publicados, assim encontramos referências às obras de Ribeiro e Sampaio a partir de 1995 e de Weber a partir de 1997, datas das defesas de suas teses.

<sup>549</sup> GOUBERT, J-P. *Op cit.*, 1998; LEBRUN, F. *Op cit.*, 1995; FAURE, O. *Op cit.*, 1993; RAMSEY, M. *Op cit.*, 2002; PORTER, R. *Op cit.*, 2004; SHORTER, E. *Op cit.*, 2001 ; LINDEMANN, M. *Op cit.*, 2001.

pólos completamente opostos de conhecimento.<sup>550</sup> Em segundo, existência de conflitos não apenas entre a medicina e suas concorrentes populares, mas entre os próprios médicos acadêmicos e as teorias explicativas da doença e das terapias que utilizavam. De fato, conforme Sampaio a própria idéia do que era a verdadeira medicina ainda estava em aberto, daí a autora usar o termo *medicinas*.<sup>551</sup> Em terceiro, a idéia de que medicina e magia permaneceram associadas para uma boa parte da população brasileira, influenciando as escolhas terapêuticas e a busca de curadores – médicos ou curandeiros – até meados do século XX.<sup>552</sup>

Em fins da década de 1990, as práticas populares de cura passaram a figurar como um tema bastante recorrente entre as teses de mestrado e doutorado defendidas nos programas de pós-graduação em História em todo o Brasil. Alguns destes trabalhos dedicaram-se diretamente aos curadores populares, suas práticas e seu papel junto à população, outros os encontraram em temas convergentes, como o corpo, o nascimento, a morte, etc. Trata-se, certamente, de uma listagem incompleta, mas podemos citar aqui alguns autores que mais diretamente se debruçaram sobre o assunto. Tânia Pimenta, cujas teses de mestrado e doutorado dedicaram-se ao estudo das modificações do *status* dos curadores perante a legislação brasileira na passagem da colônia para o Império, as resistências dos que caíam na ilegalidade e a percepção da população das alterações legais. Gláucia Silveira, que estudou a introdução da homeopatia no Brasil e sua luta para manter-se entre as práticas curativas oficiais. Vera Marques, que investigou os medicamentos no Brasil colônia. Betânia Figueiredo, Marcio Soares, Nikelen Witter, Nauk Maria de Jesus, Regina Xavier e Gabriela Sampaio dedicaram-se a estudar a diversidade de saberes, práticas e agentes da cura que grassavam pelo Brasil Imperial. O trabalho de Maria Renilda Barreto versou sobre partos, parturientes e parteiras na Salvador do século XIX. Já Liane Bertucci e Ariosvaldo Diniz estudaram as práticas de cura nos períodos das epidemias de gripe espanhola em São Paulo e de cólera no Recife, respectivamente.<sup>553</sup>

---

<sup>550</sup> RIBEIRO, M. M. *Op cit.*, 1997.

<sup>551</sup> SAMPAIO, G. dos R. *Op cit.*, 2001.

<sup>552</sup> WEBER, B. T. *Op. cit.*, 1999

<sup>553</sup> PIMENTA, T. S. *Op cit.*, 1997; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 2003; SILVEIRA, G. *Utopia e cura: a homeopatia no Brasil imperial (1840-1854)*. Campinas, SP, UNICAMP, 1997 (Dissertação de Mestrado); MARQUES, V. *Natureza em boiões – medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas, SP, Ed. da UNICAMP, 1999; FIGUEIREDO, B. *Op cit.*, 2002; SOARES, M. de S. *Op cit.*, 1999; WITTER, N. A. *Op cit.*, 2001; JESUS, N. M. de. *Saúde e Doença: Práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808)*. Cuiabá, UFMT, 2002; XAVIER, R. *Op cit.*, 2003, pp. 331-354; SAMPAIO, G. *A história do feiticeiro Juca Rosa: magia e relações culturais no Rio de Janeiro imperial*. Campinas, SP, UNICAMP, 2000 (Tese de

Algumas das diferenças destes trabalhos em relação aos seus antecessores podem ser notadas em seus títulos. A palavra *medicina* passou a ser empregada, muitas vezes, no plural (como sugerido por Sampaio) com a intenção de deixar clara a diversidade de entendimento desta, mesmo entre os médicos oficialmente reconhecidos. O termo *medicina popular* perdeu espaço em função de sua idéia de um saber construído em oposição a outro. Em seu lugar apareceram de forma recorrente os termos *artes de curar* e *práticas de cura*. Como justifica Pimenta, os usos desses termos vêm de encontro a diversas necessidades dos pesquisadores, tanto em termos instrumentais quanto narrativos, de se identificar *medicina* (ou “*medicinas*”) com as práticas acadêmicas e de buscar termos mais amplos que possam incorporar diferentes práticas de curar. “Tal movimento em relação ao objeto de estudo traz algumas implicações. Uma delas é o reconhecimento da importância de terapeutas não oficializados no cotidiano da cura. A relativização do poder dos médicos para impor seus interesses à sociedade é outra”.<sup>554</sup>

Porém, mais do que uma terminologia, o que salta a vista nestes trabalhos é a semelhança não somente dos argumentos, mas das conclusões que diferentes tipos de fontes em diferentes partes do Brasil suscitaram aos pesquisadores. Considerando os trabalhos de Pimenta (2001 e 2003) e Figueiredo (2002) é possível perceber uma grande preocupação das autoras em compreender o ofício de curador no Brasil do século XIX. Ambas estudaram o desempenho e a posição ocupada pelos diferentes tipos de curadores populares no quadro geral dos praticantes da cura no Brasil. No caso de Pimenta, a atuação profissional aparece em seus dois trabalhos enquanto objeto de regulamentação por parte do Estado, preocupado em controlar o exercício da cura no país (ou ao menos na Corte). Entretanto, frisa a autora, este foi um controle cheio de fragilidades que podiam ser exploradas pelos agentes das práticas populares a fim de alcançar o mesmo *status* das artes de cura oficiais. Ao longo da primeira metade do século XIX, embora a regulamentação tenha ganhado em rigor, esta não foi acompanhada por uma igual fiscalização, o que significou que o exercício dos ofícios de curar em termos práticos não se modificou substancialmente. Além disso, a busca pela oficialização não era considerada uma necessidade do serviço, nem para a esmagadora maioria dos profissionais, nem para suas clientelas.

---

Doutorado); BARRETO, M. R. *Nascer na Bahia do século XIX*. Salvador (1832-1889), Salvador, UFBA, 2000 (Dissertação de Mestrado); BERTUCCI, L. M. *Op cit.*, 2004; DINIZ, A. *Op cit.*, 2003, pp. 355-385.  
<sup>554</sup> PIMENTA, T. S. *Op cit.*, 2003, p.4.

Pimenta percebe que, entre 1808 e 1855, ocorreu um processo legal que foi lentamente elaborando campos diferentes de atuação, em termos oficiais, para os diversos tipos de curadores. A regulamentação se preocupou em distinguir os profissionais, reconhecendo alguns saberes e excluindo outros. Até 1828, quando foi extinta a Fisicatura-mor, cartas de referência, atestados de aprendizagem de ofício ou de conhecimentos empíricos permitiam aos barbeiros-sangradores, cirurgiões-barbeiros<sup>555</sup>, boticários, parteiras, dentistas práticos e curandeiros em geral ingressarem no mundo das práticas oficiais de curar. Os regulamentos que vêm a substituir a legislação da Fisicatura e da Provedoria-mor em 1832 alteraram o antigo quadro legal. A partir daí, de todos os diferentes ofícios de curar, os únicos que continuaram a serem reconhecidos, além é claro dos médicos, foram os cirurgiões, os boticários e as parteiras (que somente poderiam atuar dentro das indicações e determinações dos praticantes da medicina oficial). Os outros curandeiros ficaram doravante permanentemente excluídos da legalidade. Tal exclusão legal foi tanto mais forte nos casos em que as práticas do curador estivessem identificadas com os ofícios de escravos, mulatos, gente pobre do povo, o que era o caso dos barbeiros, dos que curavam por meio de ervas, substâncias misteriosas ou palavras (os conhecidos benzedores).

Esse quadro legal que hierarquizava, reconhecia e excluía saberes de cura, entretanto, em pouco ou nada correspondeu à realidade. Como bem aponta a autora, se, por um lado, a legislação sempre ofereceu espaços que permitiam, por exemplo, os curandeiros atuarem onde não houvesse médicos, por outro, o *status* de curador oficial nunca foi uma preocupação da clientela na busca dos agentes de cura (o que é igualmente apontado por Soares e Witter). Além disso, a legislação também poderia ser interpretada de acordo com os interesses e necessidades da comunidade em questão. A idéia de “oficialmente habilitado” existente na lei poderia ser balizada por outras como “competência” ou “bom conceito”, pois cada comunidade achava-se no direito de julgar a capacidade daqueles que curavam.<sup>556</sup>

---

<sup>555</sup> De acordo com o Dicionário Morais e Silva, 1813 (Apud FIGUEIREDO, 2002), Barbeiro era o “homem que faz barbas e as raspa, corta ou aparas. Há barbeiros de lanceta, ou sangradores. Outros dantes concertavam espadas, limpando-as, aliás alfagemes”. Assim, foi uma atividade comum aos barbeiros até princípios do século XX fazer sangrias e aplicar sanguessugas em quem os pagasse para isso. Alguns podiam ser cirurgiões-barbeiros, isto é, que tinham além das habilidades comuns, acima descritas, a capacidade de realizar cirurgias, embora, muitas vezes, não houvesse uma delimitação bem definida entre uma e outra atividade.

<sup>556</sup> Ver WITTER, N. Em busca do ‘bom conceito’: curandeiros e médicos no século XIX, in QUEVEDO, J. (org.), *Historiadores do Novo Século*, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 2001, pp. 123-153.

A obra de Figueiredo dá ainda maior atenção à constituição profissional e ao espaço ocupado pelos diferentes curadores nas Minas Gerais do século XIX. A autora buscou perceber quais os elementos que marcavam a delimitação entre um e outro ofício de cura e como se organizava a escala hierárquica deste tipo de atuação na sociedade mineira. A inferioridade do trabalho manual em relação às chamadas artes liberais, por exemplo, continuou ao longo dos oitocentos a exercer um papel fundamental na constituição da escala social dos curadores. A associação com o sangue, a carne e as partes “suja” do corpo acabou sempre por degradar o ofício de barbeiros e cirurgiões; enquanto que os médicos identificavam-se com as artes liberais, que exigiam maior estudo e menor grau de trabalho manual. Isso fez com que boa parte dos barbeiros-sangradores e mesmo alguns cirurgiões existentes no Brasil deste período fossem escravos, forros ou mulatos, com quem o trabalho manual era identificado. Assim:

“Na elaboração de uma escala social das profissões, podemos localizar médicos encabeçando a lista e, à distância, por exercerem atividades consideradas de outra natureza, seguiam os cirurgiões e por último os barbeiros. Para os cirurgiões a aproximação com os barbeiros era lastimável, almejavam aproximar-se dos médicos. Para os barbeiros a aproximação dos cirurgiões era sinal de prestígio e elevação social”.<sup>557</sup>

Não podemos esquecer, contudo, que ao longo do século XIX, os próprios avanços na arte cirúrgica, como a maior importância dada à anatomia e as descobertas desta e a introdução da anestesia e da assepsia, contribuíram para a alteração deste quadro. Assim, a fundação das escolas de cirurgia junto às Faculdades de Medicina demonstrava a tendência mundial que, até fins do século XIX, levou incorporação das habilidades cirúrgicas pelos médicos. Essa escala sócio-profissional, conforme apresentada por Figueiredo, teria sido vigente, entretanto, por boa parte do século XIX. Tal escala fica bem próxima daquela percebida por Pimenta (1997 e 2003) em termos legais, porém ambas as autoras complementam que, na prática, existia uma absoluta fluidez entre estes ofícios, ao menos no caso dos barbeiros e dos cirurgiões.<sup>558</sup> Estes, na maioria das vezes, também se comportavam como médicos, receitando remédios e excedendo aquelas que deveriam ser as atribuições de sua arte.

---

<sup>557</sup> FIGUEIREDO, B. *Op cit.*, 2002, p. 143.

<sup>558</sup> Soares (1999) e Witter (1999/2001) fundamentados em evidências recolhidas entre viajantes e processos-crimes, respectivamente, negam, no entanto, que tanto a escala legal quanto a social fossem diretamente correspondentes à escala em que a população colocava a capacidade curativa dos agentes da cura.

Figueiredo também investiga outras categorias de curadores como as parteiras, os curandeiros, os boticários e farmacêuticos. Aliás, essa diferenciação é extremamente importante em termos operacionais para o estudo das práticas populares. Muito embora se reconheça a existência de limites muito estreitos entre uma e outra categoria na prática, o fato é que a terminologia pode identificar, nas fontes, uma ocupação principal ou inicial por parte do sujeito considerado enquanto profissional. Este é provavelmente um dos pontos que deve merecer especial atenção dos pesquisadores: afinal, que tipo de prática determinava o uso desta ou daquela terminologia no ato de identificar um curador?

De todas estas categorias, uma única tinha seu exercício feito essencialmente por mulheres. As parteiras, ao menos no Brasil, ocuparam um lugar nas artes de curar que se manteve por mais tempo fechado aos homens e, conseqüentemente, aos doutores. Para isso, como aponta Figueiredo (2002), concorreram diversos fatores. O trato do corpo feminino era algo revestido de muitos pudores por parte daquela sociedade, mas também de uma boa dose de desconhecimento. A valorização da experiência como fonte de saber, própria das sociedades anteriores ao século XX, acabava por facultar às mulheres, mesmo as de origem mais humilde (a maioria das parteiras, ao menos em Minas Gerais – onde Figueiredo fez seu estudo –, eram escravas e/ ou descendentes), uma superioridade no trato das mazelas femininas que muito dificilmente foi possível aos médicos superar. “Os médicos só eram chamados quando as parteiras já haviam tentado de tudo e não obtinham sucesso”.<sup>559</sup> A partir de 1832, quando foi instituída a Escola de Partos junto às Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro<sup>560</sup>, abriu-se a possibilidade de existirem parteiras não somente formadas pela prática, mas pelo estudo. Embora Figueiredo não considere o número de parteiras formadas, em sua tese Tânia Pimenta (2003) deixa claro ter sido o impacto desta segunda opção absolutamente irrisório. Os números nunca chegaram a mais de cinco alunas por turma e, às vezes, nenhuma. As parteiras atuavam também como “ginecologistas”, por conhecerem as doenças de mulher e como “pediatras” pela sua proximidade com mães e filhos.<sup>561</sup> De resto, era tão trivial nas Minas Gerais quanto no extremo sul do Brasil a corriqueira associação entre as parteiras populares, o feitiço e a magia.

---

<sup>559</sup> FIGUEIREDO, B. *Op cit.*, 2002, p. 155.

<sup>560</sup> As duas únicas existentes no país.

<sup>561</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2002.

Os autores apontados acima têm recusado, em seus trabalhos, o uso do termo charlatão como forma de definir aos curandeiros e práticos. Há um reconhecimento, por parte destes, de que este termo fez parte de um discurso datado acerca das práticas de curar, o qual pretendia desqualificar a atuação daqueles que não estivessem incluídos em um certo *status* sócio-profissional. No que diz respeito à profissão enquanto definição social e principal fonte de renda, Betânia Figueiredo vê nos curandeiros a categoria que, provavelmente, menos incorporava o exercício da arte de curar como atividade profissional. Boa parte destes curadores não tinha esta atividade como única fonte de renda, enquanto outros nem ao menos a exerciam de forma remunerada. De fato, a autora diz ter encontrado desde curandeiros profissionais até os que atuavam por piedade ou solidariedade.

Os trabalhos de Soares (1999) e Witter (2001) deram menos atenção à formação das categorias sócio-profissionais e apresentaram como interesse central a percepção das diferentes atividades de cura por parte da população, o que também aparece, embora não como foco principal, nas obras discutidas acima. As conclusões destas duas pesquisas são bastante semelhantes e comprovam para o Brasil não a preferência dos “ignorantes” por curandeiros – como descreveu Santos Filho (1991) – mas uma escolha legítima de práticas mais próximas das concepções de cura existentes entre a população. Outro ponto de convergência destes dois trabalhos é o estudo da associação entre magia, doença e cura e a tentativa de reconstrução dos elementos que compunham o universo cultural dos oitocentos. Além disso, a idéia do curandeirismo como um “mal necessário” a cobrir a lacuna deixada pela “falta” de médicos e de remédios europeus é igual e enfaticamente descartada. Questiona-se aí o anacronismo da percepção do curandeirismo a partir de uma lógica da falta de médicos, como se isso significasse para o século XIX o mesmo que veio a significar no século XX.

A *lógica da falta* como explicação para a decantada preferência da população brasileira pelos curandeiros, foi o argumento central de quase todos os trabalhos clássicos sobre medicina. As instituições médicas, o sistema de ensino e a própria classe médica – mormente, a da corte – constituíam o enfoque primordial destas obras preocupadas em estabelecer uma cronologia do estabelecimento da medicina acadêmico-científica no Brasil.<sup>562</sup> Destaca-se nesses estudos a criação de uma

---

<sup>562</sup> NAVA, P. *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico, 1949; SATTAMINI-DUARTE, O. *Um médico do Império (O Doutor Torres Homem) 1837-1887*. Rio de

periodização da medicina brasileira que correspondia a uma fase mágico-teológica (que dominaria o período anterior aos oitocentos) e uma fase (o próprio século XIX) marcada pelos conflitos entre o que foi denominado de pensamento pré-científico e o pensamento científico. Em outras palavras, um conflito entre a tradição e o dogmatismo contra o espírito observador e metódico da ciência moderna. Santos Filho, cuja obra tem um sentido organizador e paradigmático no que se refere à historiografia clássica da medicina nacional, elabora esta separação tentando deixar clara a ruptura representada pelo avanço da medicina pasteuriana sobre os grupos partidários das teorias ambientalistas e miasmáticas.<sup>563</sup>

Para Edler, embora a produção acadêmica atual rejeite formalmente essa estrutura, ela encontra, igualmente, grande dificuldade em desvencilhar-se totalmente dela e, na maioria dos casos, a criação do Instituto Oswaldo Cruz continua sendo o marco principal da ascensão do “espírito científico” na medicina brasileira.<sup>564</sup> A renovação dos estudos em história da medicina no Brasil esteve inicialmente tributária da inspiração foucaultiana e conjunta e posteriormente foi captando e incorporando influências advindas da história social (em especial a que se liga à influência dos *Annales*) e da antropologia histórica. Em dois artigos bastante citados – Carvalho e Lima, 1992 e Edler, 1998 – essa renovação historiográfica foi discutida e avaliada em sua contribuição para a história da medicina e das ciências no Brasil. O artigo de Carvalho e Lima pretendeu construir, nas palavras das autoras, “um roteiro crítico do tipo de abordagem histórica privilegiada pelos historiadores que se dedicam a essa temática”.<sup>565</sup> As autoras partem, assim, do reconhecimento da importância dessa linha de investigação para analisar as ligações entre os discursos e as práticas médico-sanitárias com o Estado e sua ação sobre o espaço e a vida urbanas. O artigo critica as abordagens utilitaristas em saúde coletiva e a associação do trinômio “*cidade-questão social-doença*” como uma categoria explicativa das análises empregadas para descrever, em especial, o século XIX. O texto também aponta para o fato de que até então a maior parte dos estudos referentes à saúde no Brasil se dedicava a institucionalização da

---

Janeiro: Irmãos Pongetti, 1957; ARAÚJO, C. da S. *Fatos e Personagens da História da Medicina e da Farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Continente Editorial, 1979; SANTOS FILHO, L. de C. *Op cit.*, 1991.

<sup>563</sup> Ver artigo de EDLER, F. *Op cit.*, 1998. p. 171-2; SANTOS FILHO, L. do C. *Op cit.*, 1991.

<sup>564</sup> STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976; MACHADO, R. et all. *Op cit.*, 1978; COSTA, *Op cit.*, 1979; LUZ, M. T. *Op cit.*, 1982.

<sup>565</sup> CARVALHO, M. A. R. de & LIMA, N. V. T. *Op cit.*, 1992.

medicina e a implementação das políticas de saúde pública. A influência foucaultina teria fortalecido as análises em que a Medicina era caracterizada como um poder disciplinar voltado para a normatização da vida social urbana. Boa parte das críticas que se dirigem a essa abordagem se baseiam no fato desta superestimar o poder político dos médicos (em especial, na segunda metade do século XIX), bem como na presunção da eficácia, em curto prazo, do projeto moralista-institucional que aparece na documentação da *elite médica* do período.<sup>566</sup>

Podemos divisar ainda duas vertentes de trabalhos sobre as artes de curar no Brasil. Uma voltada para a recepção popular da ação médico-sanitária, caracterizada por trabalhos como os de Nicolau Sevcenko, especificamente sobre a revolta da Vacina, e de Sidney Chalhoub sobre as mudanças operadas pelo projeto higienista na Corte e as resistências a ele que teriam culminado na mesma revolta.<sup>567</sup> Chalhoub ainda mergulha nas percepções populares da doença e do corpo, buscando suas raízes africanas e espelhando o choque entre estas e as concepções médicas e governamentais da segunda metade do século XIX. Autores já citados, como Sampaio, Pimenta, Diniz, Weber, Soares e Witter foram francamente inspirados nessa perspectiva. A outra vertente aponta para uma re-elaboração da própria construção da identidade sócio-científica do *corpus* médico durante o século XIX. Autores como Edler, Jaime Benchimol, Luis Otávio Ferreira, entre outros, trabalharam no sentido de reconstruir a visão que se tinha sobre a formação médica.<sup>568</sup> O resultado serviu para relativizar tanto o que se reconhece como limites que contribuía para o desprestígio da categoria e para a sua dificuldade de coesão, quanto o que a literatura clássica dizia ser o atraso da medicina nacional. Apontando para as pesquisas realizadas na Bahia e no Rio de Janeiro, estes autores elaboram um quadro dinâmico e original da atuação médica no período que antecede a Oswaldo Cruz, rompendo assim com a idéia de que apenas com a ascensão deste se poderia identificar finalmente a ascensão do “espírito científico” na medicina do Brasil.

Seguindo as conclusões apontadas pelos autores analisados acima, meu interesse aqui é, sobretudo, observar as formas como os curadores se inseriam no mundo social da cidade de Porto Alegre, em meados do século XIX, através de suas práticas e de seus

---

<sup>566</sup> *Idem*, p. 130 e ss.; EDLER, F. C. *Op cit.*, 1998.

<sup>567</sup> SEVCENKO, N. *Op cit.*, 1984; CHALHOUB, S. *Op cit.*, 1996.

<sup>568</sup> EDLER, F. C. *Op cit.*, 1992; \_\_\_\_\_. *A Constituição da Medicina Tropical no Brasil Oitocentista: da Climatologia à Parasitologia Médica*. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: UERJ, 1999 (Tese de Doutorado); BENCHIMOL, J. L. *Op cit.*, 1999; FERREIRA, L. O. *O Nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. FFLCH-USP, Departamento de História, São Paulo, 1996.

contatos com os *sofredores*. Destas observações acredito ser possível perceber quais as categorias que podem definir os curadores da época, bem como sua posição junto aos *sofredores*.

#### 4.2. A arte de curar e a arte de cuidar

Em uma de suas comunicações com a Presidência da província, o Dr. Ubatuba, presidente da Comissão de Higiene Pública, comentou tristemente o fato de que acreditava que muitas vidas eram perdidas para a epidemia porque a população somente recorria aos médicos quando pouco ou nada poderia ser feito pelos doentes.<sup>569</sup> Não se trata de um comentário original na documentação brasileira do período. Pelo que se pode perceber nas pesquisas dos autores analisados acima, falas assim têm sido recorrentemente estudadas pelos historiadores. As leituras feitas a respeito destas são, igualmente, múltiplas. Tal tipo de comentário demonstraria a preferência por outros tipos de cura e tratamento que não aquela oferecida pela medicina acadêmica. Poderia também demonstrar a “falta de hábito” em consultar os médicos ou mesmo a falta de consciência sobre a gravidade da doença. Para Ubatuba, o atraso em procurar os médicos diminuía as chances de sobrevivência porque ele, como boa parte dos médicos seus contemporâneos, acreditava que se a doença fosse tratada no início, por um “médico capaz” (isto é, alguém cuja prática e a formação fossem reconhecidas pelo saber que ele, Ubatuba, representava), seria possível impedi-la de tornar-se fatal. Mas, de acordo com o que vimos até aqui, sabemos que três variáveis podem aí serem adicionadas. Primeiro, o cólera atacava, muitas vezes, de forma fulminante. Segundo, mesmo numa epidemia, havia um extenso arcabouço de terapias e medicamentos que eram acionados como *cuidados primários* no momento em que a doença se manifestava junto aos *sofredores*. Terceiro, nenhuma garantia adivinha dos tratamentos médicos que se sobrepusesse fortemente ao que a população conhecia e utilizava como forma de luta e resistência ao mal epidêmico.

A partir destas três variáveis, acredito ser possível relativizar a reclamação do Dr. Ubatuba. Meu argumento é que o recurso aos médicos era uma das inúmeras possibilidades dentro do arcabouço de terapias a que os *sofredores* poderiam recorrer. O tempo e a frequência com que esta categoria ou outras, suas concorrentes, eram chamadas dependia de lógicas e cálculos complexos de interação social entre quem

---

<sup>569</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26, 1855.

buscava a cura e quem se dispunha a curar. Mesmo a pressão exercida pela epidemia não parece ter alterado substancialmente a forma como os chamados se davam. Por outro lado, é possível que somente numa ocasião como esta é que se possa realmente concordar com a historiografia clássica: no auge das epidemias, realmente faltavam médicos. Em alguns casos, o número de profissionais registrados era insuficiente para atender o número de doentes atacados pela epidemia, não raro, alguns destes médicos eram também eles vítimas e também havia o caso daqueles que se recusavam a atender aos chamados dos enfermos e mesmo a atender às comissões designadas pelo governo. Isso não quer dizer, contudo, que faltassem outros tipos de curadores ou que estes não estivessem atuantes. Sua ação era pública, patente e necessária. E isto, ao que parece, era feito com o conhecimento, embora contra a vontade, da Comissão de Higiene Pública.

“Tendo recebido o ofício e termo de violação cujos originais tenho a honra de remeter inclusos a V. Ex.<sup>a</sup>, que me foram dirigidos pela Comissão da Junta de Higiene Pública desta cidade e fim de julgar em virtude do artigo 77 do regulamento da mesma junta, os infractoris (sic) do artigo 46 do dito regulamento, não quis, sem prévia determinação de V. Ex.<sup>a</sup>, encetar o processo-crime, que no caso cabe, considerando que os indiciados infratores da disposição referida fizeram uso da medicina nas circunstancias especiais em que se achou esta capital na crise porque acaba de passar, quando os facultativos habilitados eram insuficientes para acudir as reclamações de uma população, que lutava desesperadamente com os horrores do flagelo, que a assolava, e sendo, além disso, pública e notoriamente conhecidas, como não pode ignorar V. Ex.<sup>a</sup>, os serviços prestados por todos esses indivíduos às pessoas acometidas da epidemia: a vista dessas considerações, não querendo eu, sob minha responsabilidade, por em prática as disposições do precitado regulamento, feito para épocas normais, aguardo a sabia decisão de V. Ex.<sup>a</sup> sobre o procedimento, que me cumpre observar nesse negocio.

Deus Guarde a V. Ex.<sup>a</sup>

Delegacia de Policia em Porto Alegre, 15 de janeiro de 1856.

Excelentíssimo Sr. Conselheiro Barão de Muritiba

Presidente desta Província

Firmino de Azambuja Rangel  
Delegado Suplente de Polícia”<sup>570</sup>

O receio do Delegado é bem claro. As práticas a que ele se refere eram notórias, bem como os seus praticantes e, fora a Comissão de Higiene, não me parece, pela leitura, que estas práticas se afigurassem como condenáveis. Por outro lado, creio que a possibilidade de se instaurarem processos-crime contra estes “infratores” deveria se dirigir a algumas categorias de não-médicos e não a todos. Certamente que o prático

---

<sup>570</sup> AHRS – Delegacia de Polícia / Porto Alegre – Correspondência expedida, M19, 1856.

inglês Robert Landell, vacinador do município de Porto Alegre, e que fora contratado pela Comissão de Higiene como intérprete durante a epidemia (mesmo após suas credenciais de curador oficialmente habilitado terem sido caçadas), não estava entre os que corriam risco de serem processados.<sup>571</sup> Tampouco acredito que a reclamação da Comissão fosse para ser aplicada aos adidos da França e de Portugal, em cujas casas particulares ambos abriram enfermarias onde trataram aos “infelizes colerosos” com a homeopatia. E, sem nenhuma dúvida, os cidadãos de bem que mantinham uma enfermaria na Praça Paraíso também não seriam indiciados.<sup>572</sup> A reclamação da Comissão certamente se dirigia a outros.

Assim, a “demora” que Ubatuba aponta na busca dos enfermos por auxílio médico, não pode ser lida como demora na busca por auxílio à doença. Os diferentes grupos que compunham a população de Porto Alegre provavelmente seguiam primeiro o itinerário das terapias conhecidas e costumeiras. A idéia de entrar numa enfermaria ou num hospital apareceria somente – como foi visto no capítulo dois – se falhasse a organização interna do grupo de relações dos *sofredores*. Pesa, sem dúvida, o argumento de que as epidemias tinham o condão de transtornar esses tipos de organização. Todavia, a epidemia de cólera em Porto Alegre não foi suficientemente longa ou violenta a ponto de quebrar completamente tais laços, ou reclamações como a do Dr. Ubatuba e consultas como a do Delegado não teriam sentido.

O problema em determinar com precisão o itinerário terapêutico ou a forma e a frequência em que eram chamados os curadores para atuarem junto ao leito dos enfermos esbarra novamente na questão das fontes durante a epidemia. Os documentos mais demonstrativos encontrados são justamente os que citamos acima, logo, a alternativa para comprovar as hipóteses delineadas acima é, novamente, prestar atenção às fontes em que os curadores aparecem, mas fora do período das epidemias. Assim, creio que utilizando como guia a questão: quais eram e quando eram chamados os curadores nos momentos de aflição? Será possível traçar com um pouco mais de clareza o quadro das práticas de cura em meados do século XIX, conforme o objetivo deste estudo.

Inicialmente, porém, é interessante que tracemos algumas das categorias de curadores com que os habitantes de Porto Alegre de meados do século XIX conviviam.

---

<sup>571</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26, 1855.

<sup>572</sup> AHRS – Relatório da Fala do Presidente da Província – Barão de Muritiba (1855) – A7.03.

Além dos médicos, cirurgiões, boticários, práticos, barbeiros estende-se um extenso grupo de homens e mulheres cuja ação sobre as doenças era bastante conhecida e procurada. Entre estes, reconhecidos como curandeiros ou feiticeiros pela população, africanos e seus descendentes constituíam provavelmente um grupo numeroso e, certamente, estavam entre aqueles a quem a Comissão queria processar e o Delegado Rangel temia fazê-lo.

A história e a historiografia brasileiras tornaram célebres em suas páginas a figura de cativos e ex-cativos que, durante os quatro primeiros séculos de sua presença no continente americano desempenharam o papel de curandeiros. Sobre estes, é possível enumerar algumas conclusões que os inúmeros trabalhos que têm focado esta categoria apresentam. Primeiro, a antiguidade das informações que se referem ao conhecimento dos africanos a respeito de ervas curativas, bem como da associação destes saberes com a feitiçaria e a manipulação da realidade através do oculto. Em segundo lugar, a ascendência que estes “curandeiros/feiticeiros” tinham tanto sobre a comunidade cativa quanto sobre largos extratos da população livre. Uma ascendência que se baseava tanto no respeito por seus saberes, quanto no medo que estes eram capazes de infringir em seus contemporâneos. Nesse sentido, cura e feitiços compunham duas faces de uma mesma moeda. Na concepção da época, os praticantes de uma destas artes eram, quase sempre, praticante da outra.<sup>573</sup> E, terceiro, a grande quantidade dentre estes curandeiros que, quando encontrados na documentação, já aparecem como libertos, identificando talvez, aí, o uso dos poderes de cura como estratégia para alcançar a liberdade ou mesmo sobreviver como liberto. A partir destes elementos, diversas questões podem ser analisadas.

No que diz respeito da antiguidade das informações acerca do conhecimento que possuíam os africanos acerca das práticas curativas, elas parecem ter chegado quase que imediatamente após o início do tráfico atlântico. Já em princípios do século XVII, em seus *Diálogos das Grandezas do Brasil*, Ambrósio Fernandes Brandão comentava a eficiência dos “escravos feiticeiros” no trato de doenças e no uso de ervas.<sup>574</sup> Luis Carlos Soares refere, em seu artigo sobre os escravos de ganho no Rio de Janeiro de princípios do século XIX, as descrições feitas por Jean Baptiste Debret sobre as práticas de cura no Brasil:

---

<sup>573</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

<sup>574</sup> REIS, J. J. e SILVA, E. *Op cit.*, 1989, p. 41; SOUZA, L. de M. *Op cit.*, 1989, p. 166.

“Entre os indivíduos que tratam das doenças dos escravos e da população livre pobre também estavam os curandeiros e cirurgiões negros, muitos dos quais cativos aproveitados pelos seus senhores como escravos de ganho. Os curandeiros geralmente utilizavam-se de rezas e remédios à base de ervas para curar as moléstias de seus pacientes. Já os cirurgiões especializavam-se na realização de sangramentos através da aplicação de ventosas, mas também receitavam a seus pacientes alguns remédios à base de ervas. Tanto os cirurgiões como os curandeiros eram muito respeitados pelos escravos e negros libertos, que os consideravam verdadeiros sábios. Segundo Debret, isso acontecia porque eles sabiam muito bem ‘emprestar a suas receitas um fundo misterioso e, mediante tais sortilégios [disfarçavam] o simples curativo que os doentes já [conheciam] por tradição’.<sup>575</sup>

Ao mesmo tempo em que esse saber sobre as artes de curar foi reconhecido, ele parece ter imediatamente sido associado a uma antiqüíssima relação entre curas e feitiços e entre feitiços e venenos, existente também na cultura européia. Essa associação da cura das moléstias com elementos sobrenaturais deriva, por um lado, da própria concepção de doença trazida por boa parte da população africana transportada para o Brasil. Num estudo clássico sobre religiosidade, Willy de Craemer, Jan Vansina e Renée C. Fox afirmaram que, embora houvesse diferenças marcantes entre as religiões da África Central, ela possuíam alguns conjuntos de valores comuns. Para estes autores, tais valores formaram “um núcleo” de “cultura comum” que reuniria várias ares culturais – parte do norte de Angola e Zâmbia, República do Gabão, parte de Camarões, incluindo a República Democrática do Congo e a República do Congo.<sup>576</sup> Esse núcleo comum de crenças aceitava a idéia de que o mundo estava organizado de acordo com um princípio de harmonia, no qual vigeria o bem-estar e a boa-saúde. Assim, todo o mal, o desequilíbrio e a doença seriam “causados pela ação malévola de espíritos ou de pessoas, frequentemente através da feitiçaria”.<sup>577</sup> Esta compreensão da causa das doenças e infortúnios encontrou uma forte semelhança, por outro lado, com várias crenças de origem européia e também indígena, onde a doença também era vista, com muita freqüência, como tendo origem sobrenatural e sendo sua cura dependente de ações que invocassem a mesma natureza.<sup>578</sup> Logo, desde o período colonial pode-se encontrar, no Brasil, muito fortemente, tanto a idéia de que as enfermidades poderiam ser causadas por feitiços quanto de que os africanos e descendentes poderiam, dentre

---

<sup>575</sup> SOARES, L. C. Os escravos de ganho no Rio de Janeiro do século XIX. *Revista Brasileira de História*. São Paulo. 8 (16), 1988, p. 122.

<sup>576</sup> Estes autores, suas conclusões e a ligação destas com os traços culturais dos africanos transportados para o Brasil durante o período do tráfico negreiro são analisados por SLENES, R. W. *Na Senzala, uma Flor*. Esperanças e recordações na formação da Família escrava – Brasil Sudeste, século XIX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 142-149.

<sup>577</sup> *Idem*, p. 143; DINIZ, A. *Op cit.*, 1997, p. 381.

<sup>578</sup> SOUZA, L. de M. *Op cit.*, 1989, p.167

outros, serem poderosos conhecedores do oculto, e que, por sua condição, não hesitariam em usar seus “poderes do mal” contra os brancos.

“A feitiçaria ganharia importância pelo seu papel na relação dos escravos com os senhores. Com o domínio do desconhecido, podiam tanto controlar as atitudes de proprietários quanto determinar sua morte. A negra Antônia Luzia e mais dois negros ‘convocavam negras pardas para adorar danças e utilizavam defuntos para domarem as vontades dos senhores’”.<sup>579</sup>

O segundo aspecto desta questão é o medo dos feitiços, e aí imbricada a ascendência e o poder dos ditos feiticeiros sobre seus contemporâneos. Este tem sido um tema comum encontrado na documentação, da mesma forma que o estudo dos curandeiros/feiticeiros tem estado na pauta privilegiada tanto pela historiografia da escravidão quanto pela que investiga as práticas de cura.<sup>580</sup> Quase sempre as suspeitas confundiam a fama de curandeiro do acusado e com a possibilidade deste ser também um envenenador.

Em minha dissertação de mestrado empreendi um estudo sobre o processo movido contra a curandeira forra Maria Antonia, no município de Santa Maria, no interior do Rio Grande do Sul, acusada de envenenar uma de suas clientes no ano de 1866. O caso revestia-se de algumas peculiaridades, pois a vítima apresentava estar sofrendo de uma enfermidade estranha, marcada por “ataques” e pelo fato de expelir pela boca e nariz diversos objetos, como barro, linhas, agulhas e lã. Embora Maria Antonia, como era o costume, tenha sido apenas um dos curadores que tratou a jovem enferma, foi sobre ela que recaiu a acusação de envenenamento. Eram, ainda nesta época, muito próximas as definições de veneno e de feitiço; logo, a semelhança do que se descrevia ser o estado da doente e aquilo que se considerava serem as características de um feitiço somaram-se aos diferentes medos que podiam ser sugeridos pela figura de uma mulher, preta, forra e com o poder de curar. De fato, entre os quatro curadores que haviam tratado da moça, apenas Maria Antonia havia conseguido melhoras em seu estado, elemento que, longe de inocentá-la parece tê-la incriminado ainda mais. Afinal, se ela conhecia a forma pela qual a doença se manifestava, a ponto de conseguir vencê-la, é porque, certamente, conhecia também a forma de causá-la.<sup>581</sup>

---

<sup>579</sup> FIGUEIREDO, L. *O Avesso da Memória (cotidiano e trabalho da mulher em MG no século XVIII)*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993, p. 180.

<sup>580</sup> SOUZA, L. de M. *Op cit.*, 1989; WITTER, N. *Op cit.*, 2001; SILVA, R. C. da. *Muzungas: consumo e manuseio de químicas por cativos e libertos no Rio Grande do Sul (1928-1888)*. Pelotas: EDUCAT Editora da Universidade Católica de Pelotas, 2001; MOREIRA, P. S. *Op cit.*, 2003.

<sup>581</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

De fato, parece ter sido comum tanto aos europeus quanto aos africanos e, conseqüentemente, por longo tempo, aos seus descendentes na América (e mesmo aos próprios americanos, se tivermos em vista os amplos poderes dos pajés), a idéia de que aquele que curava era também capaz de causar as doenças.<sup>582</sup> Além disso, a forma como venenos e feitiços funcionavam e o desconhecimento a respeito de seus mecanismos, aproximava sua identificação e mantinham ainda vivas, no século XIX, concepções semelhantes às que foram descritas para o século XVIII:

“A palavra veneno tem amplo significado na época moderna. Por este nome designam-se tanto elementos nocivos à natureza, capazes de provocar a doença e a morte, como acontecimentos cuja origem era atribuída a poderes sobrenaturais, lançados ocultamente através de malefícios por indivíduos dotados de tal capacidade. Na literatura médica setecentista, confundia-se facilmente o veneno, substância mortífera, com o feitiço, fato que pode ser explicado através da dificuldade sentida em sanar ambos”.<sup>583</sup>

Podemos estabelecer, pelo menos, três critérios nos quais os homens e mulheres das épocas anteriores ao século XX baseavam sua aproximação entre venenos, feitiços e moléstias. Primeiro, o desconhecimento da etiologia das doenças, o que colocava mortes repentinas ou sofrimentos prolongados sob suspeição. O segundo, e este era um dos principais aspectos que permitia a identificação entre venenos e feitiços, ocorria em função da rapidez que era atribuída a ação destes elementos. Acreditava-se que tanto o veneno quanto o feitiço podiam atacar e derrubar rapidamente pessoas saudáveis e cheias de vida de uma forma incompreensível para seus contemporâneos. E, terceiro, ficavam tanto o prolongamento excessivo de um mal físico como a resistência deste a diversos tipos de tratamento.<sup>584</sup>

Todavia, muito cedo esse domínio sobre o mundo oculto que envolvia venenos, feitiços e também curas foi creditado aos africanos trazidos para o Brasil e seus descendentes. Um tal conhecimento nas mãos de uma população dominada acabou fatalmente estigmatizado. A perplexidade e o desconhecimento com que se contemplava os costumes africanos aproximaram-nos, no senso comum, das interpretações da feitiçaria de origem européia. Estivessem eles utilizando-se, ou não, de seus ancestrais sistemas mágicos, suas ações estavam sempre sob suspeita.

“(…) os tais envenenadores ou feiticeiros, como ordinariamente são apelidados, fazem um segredo impenetrável de sua horrível habilidade, e apesar de que vivemos

---

<sup>582</sup> *Idem*, p. 110 e também BURKE, P. *Op cit.*, 1999.

<sup>583</sup> RIBEIRO, M. M. *Op cit.*, 1997, p. 37.

<sup>584</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

há trinta anos nos grandes centros da escravatura, não nos foi possível conseguir saber destes desgraçados, quais os venenos de que se servem não obstante termos feito os maiores esforços, e empregados todos os meios lícitos para chegarmos a um tal conhecimento”.<sup>585</sup>

As acusações que envolviam curandeirismo e feitiçaria foram comuns. No Rio Grande do Sul, alguns casos foram estudados mais profundamente como os dos curandeiros Maria Antônia, Joaquim Mina e Adão Dino, cujos processos datam respectivamente de 1866, 1872 e 1850.<sup>586</sup> Em todos estes um fato é patente: a ampla influência, e mesmo o medo, exercida por estes curandeiros sobre aqueles que os conheciam, fossem pretos, brancos ou mestiços, fossem livres ou escravos. Outros exemplos poderiam ainda ser buscados na historiografia nacional, como o caso do preto Manoel, autorizado pelo Presidente da província de Pernambuco, a curar no Hospital da Marinha no Recife durante a epidemia de cólera de 1855.<sup>587</sup> Ou o feiticeiro Juca Rosa no Rio de Janeiro, acusado de exercer seu domínio até mesmo sobre mulheres brancas, casadas e da elite.<sup>588</sup> Ou ainda, Mestre Tito, liberto que, na Campinas do século XIX, era respeitado até mesmo pelos médicos.<sup>589</sup>

O fato é que o *feitiço* tinha um lugar importante na nosografia que aparece na documentação da época. Não raro, o *feitiço* aparece como uma categoria de doença – e de fatalidade – aceita e cotidiana no que dizia respeito a uma boa parte da população brasileira, sendo igualmente corrente a sua presença associada a elementos de origem africana.<sup>590</sup> É o que se pode perceber, por exemplo, no requerimento de Victor Antonio de Vasconcellos que relata que na noite do dia 6 de janeiro, estando ele em sua casa na rua do Arroio, apareceu-lhe:

“(…) dentro da sua morada uns trapos de roupa assaz muito velha, que pelo vulgo apelida-se feitiçaria e imediatamente o suplicante dirigiu-se ao Inspetor de Quarteirão, o qual verificou o fato acima mencionado, e tendo toda a certeza o suplicante que o autor dessa imoralidade, é o preto Luiz Mina, morador da Rua da Ponte, e que muitas vezes o dito Luiz já tem praticado, o que o suplicante queixa-se, vem então por meio deste implorar a V. Sr.<sup>a</sup> que haja de fazer justiça na forma da lei.”<sup>591</sup>

---

<sup>585</sup> LANGAARD, T. J. H. *Op cit.*, 1869, p. 123.

<sup>586</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001; MOREIRA, P. S. *Op cit.*, 2003 e SILVA, R. *Op cit.*, 2001.

<sup>587</sup> DINIZ, A. *Op cit.*, 1997.

<sup>588</sup> SAMPAIO, G. dos R. *Op cit.*, 2003.

<sup>589</sup> XAVIER, R. *Op cit.*, 2003.

<sup>590</sup> Os traços disso podem ser seguidos pela historiografia brasileira num espaço e tempo que seguem do período colonial até o século XX, em todo o território nacional. Ver SOUZA, L. de M. *Op cit.*, 1989; FIGUEIREDO, L. *Op cit.*, 1993; PRIORE, M. D. *Op cit.*, 1993; MAGGIE, I. *Medo de Feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992; LOYOLA, M. A. *Op cit.*, 1984; MONTERO, P. *Op cit.*, 1985.

<sup>591</sup> AHRS – Requerimentos – M95, 1858 (Porto Alegre).

A presença da feitiçaria – mesmo com uma parcela declarada de descrentes, como o Visconde de Castro declara no processo contra o curandeiro Adão<sup>592</sup> – era um dado importante na avaliação das doenças numa parte considerável daquela sociedade. Como vimos, doenças prolongadas, estranhas ou excessivamente fulminantes eram muito facilmente atribuídas às artimanhas da feitiçaria. A aceitação disso fica patente em casos como o do desaparecimento do escravo João, de Domingos Lopes de Carvalho, dono de uma estância nas cercanias da vila de Piratini, localizada no centro sul da província a 350 km da capital. Domingos denunciou que no dia 10 de agosto de 1834, um grupo de homens armados entrou em sua fazenda e, dirigindo-se a ferraria onde dormiam os seus escravos, ali aprisionaram o dito João. De acordo com a informação prestada pelo escravo Pedro, de nação Congo:

“(…) avançaram seis homens a dita ferraria e sendo aberta a porta pelo preto José entraram para dentro com pistolas engatilhadas dizendo que aquele que ali se movesse morria e que logo disse um apontando para o seu parceiro de nome João que aquele é que era o negro feitiçeiro e que logo um de nome José Joaquim d’Ávila que ele bem conhecia deu com uma espada no dito negro e logo amarraram metendo-lhe alfinetes pelas as orelhas e lhas amarraram com uns tentos metendo-lhe também uma faca pela boca dentro esfregam-lhe arruda pelos os olhos e pela boca e depois o amarraram com maniadore e o levaram amarrado o que ia caminhando ainda pelo seu pé e que poucos passos retirado da dita ferraria sentiu ele e seus parceiros que deram muita pancada no dito preto João que lhes supõe que era por ter caído (...)”<sup>593</sup>

De acordo com outras testemunhas a razão dos ataques estava em uma cura de feitiços feita pelo dito João em uma filha de Dona Ignácia, viúva do Marcineiro (sic). João teria enfeitado a menina e depois trabalhado como curandeiro de feitiços em seu caso. Ao menos era o que tinha denunciado para a família um tal Antonio, preto vindo de São Paulo, que também se apresentava como curandeiro, mas que o povo, à boca miúda, dizia ser igualmente feitiçeiro. Como prova de sua acusação, Antonio apontou estar o feitiço em um “chapiado” (sic) o qual foi usado para enfrenar um cavalo e este acabou morrendo subitamente.<sup>594</sup> Em nenhum momento do processo, a *feitiçaria* é questionada. Por outro lado, o que aparece é uma disputa clara pela ingerência sobre a comunidade por parte dos curandeiros. Antonio acusou o rival e colocou contra ele a família de uma de suas clientes, mas, mais do que isso, o curandeiro orquestrou a morte do rival de forma espetacular e visível. É claro o pavor com que as testemunhas

---

<sup>592</sup> APRS – Sumários do Juri: Processos – Porto Alegre – Processo 811, M27 (1850).

<sup>593</sup> APRS – Cível e Crime: Processos – Piratini – Processo 1080 (1834). Agradeço a indicação e o fichamento deste documento a Vinicius Pereira de Oliveira.

<sup>594</sup> O “chapiado” faz parte dos arreios que se usavam nos cavalos, porém era uma peça mais decorativa que utilitária. Talvez por isso estivesse em posse da família, mas não fosse usada regularmente. Logo, um objeto cômodo de ser enfeitado e não descoberto, seguindo o raciocínio apontado pelo documento.

descrevem as barbaridades feitas ao preto João. Por outro lado, as agressões não parecem apenas com vingança despropositada. O uso de objetos (espada, alfinetes, tentos, maniadores) e ervas (arruda) dá a impressão de um ritual específico que, podemos inferir, poderia servir para quebrar o poder do curandeiro sobre sua vítima, mas também solidificar o poder de seu rival no seio daquela comunidade, entre outras coisas, pelo medo.

A identificação da doença como obra de *feitiço*, dava, portanto, margem ao chamado de um tipo de curador específico: o *curador de feitiços*. Esta nomeação não é rara na documentação e este personagem, em geral, entrava em cena após o fracasso de outros tipos de curadores. Como tenho afirmado nesse trabalho, baseada na documentação e na bibliografia consultadas, o costume da época era cercar-se de um grupo amplo de curadores os quais eram chamados de acordo com a avaliação da doença, do estado do enfermo, mas também da inserção social tanto dos *sofredores* quanto dos que eram chamados a curá-los.

Em casos de moléstias surgidas de atos de violência é notável perceber como, em geral, os primeiros a serem chamados eram médicos de renome na cidade ou cirurgiões e boticários respeitados, ou mesmo o cura (padre) local. Nesse caso, o curador não aparece apenas como alguém que pode trazer alívio ao *sofredor* ou curá-lo com mais eficácia do que outros, mas também como uma testemunha respeitada, capaz de inocentar àquele que chamava pelo mal estar do enfermo. É o que encontramos no caso da escrava Júlia, de Maria Clara da Silva, já comentado anteriormente. Quando esta apareceu em sua casa bastante machucada por culpa de seu amásio, sua dona apressou-se em chamar o Padre João Bernardes e o boticário Manoel Brandão, que aplicaram remédios à enferma e foram testemunhas na denúncia de sua senhora contra o crioulo forro José Marciano. Isso ajudou a isentar a senhora de qualquer culpa em relação ao ocorrido. O caso do preto Miguel comentado no capítulo dois é outro exemplo disso.<sup>595</sup> Mas o mais patente é o complicado caso de Antonio Joaquim Ferreira Pinto e sua mulher, Maria José Ferreira. Em uma briga do casal, Antonio tentou obrigar a esposa a engolir um vidro de ópio, no que foi impedido por sua sogra. Fora de si, Antonio engoliu o remédio. A dona da casa em que o casal estava hospedado, a viúva Felisberta Luiza de Jesus, chamou imediatamente o boticário Medeiros e o Dr.

---

<sup>595</sup> Ver Capítulo 2.

Nogueira, além de muitos vizinhos, para que, caso o réu falecesse em sua casa, ela não viesse a ser implicada no assunto.<sup>596</sup>

Logo, é possível dizer que afirmar que boa parte da população procurava os curandeiros por estarem eles mais próximos de sua visão de mundo torna-se insuficiente para entender todo o rol de atitudes que podiam ser tomadas num caso de doença. Na documentação pesquisada, é possível perceber que, muitas vezes, o curador que era procurado em um dado momento não o era por pertencer apenas a uma determinada categoria ou por praticar certo tipo de cura, mas por ser uma pessoa especial. Ou seja, por ser alguém cujas relações e o papel na comunidade lhe conferiam estima e confiança. Nesse sentido, quando a população procurava, o Dr. Flores – que deu nome a própria rua que morava ainda em vida, por ser referência para toda a cidade – ou os curandeiros citados acima, como Joaquim Mina ou Adão Dino, os procurava, não apenas por serem médico ou curandeiro, mas por serem o Dr. Flores e Joaquim Mina ou Adão Dino.<sup>597</sup> Esse conceito pessoal era tão forte que podia colar-se mesmo àqueles que fossem reconhecidos como próximos do curador. Quando, em 1865, o escravo Antônio foi agredido pelo taberneiro que o alugava de sua senhora e saiu ferido e cambaleante à rua, o povo correu a chamar o Dr. Landell, como este não se encontrava, seu filho Carlos, que era comerciante, foi instado pela dona do escravo a aplicar-lhe alguns remédios. Alguns anos antes, num outro processo, um escravo do mesmo prático, foi citado por fazer curas usando como propaganda de sua capacidade o fato de ser escravo do Dr. Landell.<sup>598</sup>

Percebe-se que ocupar o lugar de curador nessa sociedade correspondia a um número de qualificativos que iam muito além dos diplomas ou da permissão legal para a sua atuação ou do conhecimento de ervas e rituais. Da mesma forma, o momento em que o curador era chamado podia estar sujeito a inúmeras variáveis. Estas podiam ir desde as características da moléstia, passando pela ligação com o curador – por vezes ele era chamado por ser o compadre<sup>599</sup> –, indo até a o “bom conceito” que o curador em questão gozava em sua comunidade. Esse “bom conceito” podia aplicar-se tanto a um *curador de feitiços* quanto a um médico benevolente e era constituído através de alguns

---

<sup>596</sup> APRS – Sumários do Juri: Processos – Porto Alegre – Processo 923 (1856), M31.

<sup>597</sup> Sobre Joaquim Mina ver MOREIRA, P. S. Feiticeiros, venenos e batuques: religiosidade negra no espaço urbano (Porto Alegre – século XIX). In GRIJÓ, L. A. et al. *Capítulos de história do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2004.

<sup>598</sup> Arquivo Público do Estado do Rio Grande do Sul (APERS) – Porto Alegre: Cível e Crime M 64 e M 65.

<sup>599</sup> Como o Dr. Abreu no caso de Antonio Ferreira Pinto e sua mulher.

sucessos de cura, boas explicações para as falhas, diagnósticos convincentes e o competente uso da *arte de curar* como uma importante moeda no universo das trocas sociais.

Com todas as suas diferenças e múltiplas facetas, poucos curadores deixaram de utilizar suas habilidades como forma de viabilizar seus projetos pessoais e negociar suas ações cotidianas com seus contemporâneos. O poder de curar esteve entre os instrumentos dos curadores para estabelecerem suas relações com a comunidade, tanto quanto a necessidade ser curado, ser cuidado e exercer a liberdade de escolha sobre o que seria feito a seu corpo, esteve entre as estratégias usados pelos *sofredores* no estabelecimento de suas relações nos momentos de aflição.

### **4.3. As artes e a arte de negociar**

O adoecer e o curar têm sido geralmente, interpretados como uma relação desigual entre aquele que sofre o mal e, por isso, ocupa uma posição inferior e dependente, e aquele que tem (ou diz ter) o poder de aliviar este sofrimento. Ao tentar compreender a *cura* como uma moeda de troca social é forçoso, no entanto, repensar esta interpretação. Tanto mais numa sociedade desigual e hierarquizada como a do Brasil do século XIX e aonde, como vimos acima, o poder de curar encontrava-se pulverizado entre diversas categorias de curadores, oriundos das mais diferentes classes e situações sociais. Logo, tanto para cima, quanto para baixo na escala social, as relações entre os *sofredores* e os *curadores* podiam revestir-se de interesses mais largos do que a melhoria em um estado de moléstia e o pagamento por um trabalho realizado, no caso, a cura.

Por outro lado, não era somente a capacidade de curar que permitia este tipo de uso social. O cuidado dos doentes, mesmo quando não estando diretamente ligado a atividade de terapeuta, poderia re-elaborar relações sócio-econômicas e subverter hierarquias fundamentais da sociedade em questão. O caso dos *cuidadores* é assim, igualmente, uma interessante chave para se entender e interpretar o universo da doença e da cura no século XIX. Quando não possuíam escravos, familiares ou amigos que pudessem lhe dispensar cuidados, alguns enfermos – caso tivessem recursos financeiros para isso – podiam contratar, em troca de dinheiro, benefícios, ou casa e comida, um “enfermeiro”. Essa figura, longe de ter o significado profissional atual, era um cuidador

que, muitas vezes, mudava-se para a casa do enfermo, aplicava-lhe remédios e o ajudava a seguir as prescrições dos curadores especializados.

Ao contrário dos que atuavam como curandeiros, os cuidadores não eram especialistas na arte de curar e ocupavam uma posição, por vezes, descrita na documentação pela atividade de amparar os doentes (banhos, comida, etc), ministrarlhes os remédios receitados por outros e acompanhar os enfermos em seu período de resguardo.<sup>600</sup> Estes *enfermeiros* estavam longe da profissão institucionalizada que começou a ser construída ainda no século XIX, mas que só muito lentamente foi tomando os contornos que o século XX viria a conhecer. Para a época estudada, o *enfermeiro* tinha posições não muito diferentes da de um servente – no caso dos hospitais – e de um acompanhante – no caso dos que os tinham em casa. Seu trabalho era alimentar e cumprir as terapêuticas receitadas por um curador.

Não raro, este era um lugar ocupado por escravos e isso se tornou, para muitos, um caminho possível em direção a uma vida fora do jugo servil. Podemos perceber isso ao observarmos que a ação de cuidar dos senhores em suas enfermidades é um elemento bastante comum nas cartas de alforria. Não raro, os cativos se utilizaram deste papel como uma estratégia para alcançar a liberdade, possibilidade que muitos senhores não se furtavam em manipular para garantir a fidelidade, a atenção e a não-violência, aspectos com os quais o escravo poderia falhar naquele momento de fragilidade dos donos.

Os exemplos são numerosos, nesse sentido, e alguns bastante significativos, como os dois citados a seguir. A preta Benedita, da Costa, cuja senhora, Francisca de Araújo Freitas, viúva do Capitão João José de Freitas, a libertou porque o marido “*pouco antes de falecer recomendou a sua mulher logo que pudesse reformar a casa de escravos desse a liberdade à dita preta Benedita, em remuneração do muito e bom serviço, que lhe prestou presentemente na grande enfermidade de que faleceu*”.<sup>601</sup> Igualmente, outra escrava africana, de nome Florinda, foi libertada por seu senhor, Joaquim Pereira da Silva em 1852, em recompensa aos bons serviços prestados, pois “*no decurso de 26 anos, tratando-me nas minhas moléstias com grande paciência [...]*” Mesmo assim, Joaquim não estava conformado em separar-se daquela que tão

---

<sup>600</sup> APRS – Cível e Crime: Processos – Santa Maria – Processo 943 (1866), M 25.

<sup>601</sup> APRS – Registros Diversos – 1º Tabelionato Público, Judicial e de Notas de Alegrete – Talão 2, 1850, p. 56v.

“desveladamente” o cuidava. Logo a seguir, lê-se no texto da alforria o seguinte: “*esta mesma carta de liberdade a obrigará a não sair de minha companhia sem meu consentimento e quando pratique ao contrário ficará esta carta de liberdade sem nenhum efeito, pois deverá servir-me durante minha existência*”.<sup>602</sup>

É provável que um dos casos mais **exemplares**, nesse sentido, encontrados na documentação pesquisada, seja o do processo, já referido, que investigou a morte do ferreiro português Joaquim José Fernandes e que tinha como suspeitos: a preta forra Maria Ifigênia da Conceição, sua enfermeira, e seu herdeiro instituído, o também imigrante português, Manoel Machado Tolledo.<sup>603</sup> A delicada relação de sujeição de parte a parte que aí se instituiu, isto é, tanto do doente em relação a seus cuidadores como destes em relação ao enfermo, que era patrão de uma e benfeitor do outro, acabou se deteriorando ao final da moléstia de Fernandes, o que resultou numa acusação de envenenamento e no processo que se seguiu. Este é um ponto interessante. Estamos diante de uma relação que, ao mesmo tempo em que comporta claras desigualdades entre as partes – socialmente Fernandes é superior a liberta Ifigênia e mesmo ao seu herdeiro branco –, as coloca numa arena de dependência mútua, onde o doente (mesmo sendo patrão) está submetido aos cuidados e desvelos daqueles a quem oprimia. Contudo, pouco antes de falecer, no entanto, as maiores queixas de Fernandes eram contra a preta Ifigênia que, segundo ele, “*o tratara como um cachorro e que lhe furtara algumas roupas de seu uso (...) assim como algum dinheiro, e que quando mandava chamar algum médico, ele não ia, ignorando ele (...) se era por ela não o chamar ou se por ele não querer ir*”.<sup>604</sup>

Já a acusada dizia tratá-lo muito bem, “*como se fora seu senhor porque era pessoa sua*”, e rebateu as acusações de roubo dizendo ser aquele dinheiro parte de seu pagamento. Não foi possível concluir, através da leitura dos outros testemunhos do processo, qual destas era a real natureza da relação entre Fernandes e a ‘enfermeira’ Ifigênia. É possível que o português fosse um doente difícil, de má vontade, e cheio de poderes sobre os que o tratavam, assim como o “Coronel”, personagem de Machado de Assis no conto “O Enfermeiro”:

---

<sup>602</sup> APRS – Registros Diversos – 1º Tabelionato Público, Judicial e de Notas de Alegrete – Talão 2, 1852, p.87r. O fichamento destas cartas de alforria me foi gentilmente cedido Luís Augusto Farinatti.

<sup>603</sup> Referido no capítulo 2.

<sup>604</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M29; Nº 867; Ano: 1853.

“Tudo impertinências de moléstia e do temperamento. A moléstia era um rosário delas, padecia de aneurisma, de reumatismo e de três ou quatro afecções menores. Tinha perto de sessenta anos, e desde os cinco toda a gente lhe fazia a vontade. Se fosse só rabugento, vá; mas ele era também mau, deleitava-se com a dor e a humilhação dos outros. No fim de três meses estava farto de o aturar; determinei vir embora; só esperei ocasião” (Machado de Assis, 1994).

Essa era, por exemplo, a opinião do Dr. Manoel José de Campos, que vinha se ocupando da moléstia de Fernandes, sobre a forma de agir do doente. Por outro lado, Ifigênia também pode ter se valido de seu acesso a casa e da dependência do doente. O fato é que ela e Tolledo compravam os remédios e chamavam o médico quando o doente solicitava, e a acusação de envenenamento nunca foi provada, sendo que a autópsia revelou apenas que o ferreiro morrera da moléstia que o acometia. Fica bastante clara aí, porém, a importância da presença dos cuidadores e as obrigações morais a que estes ficavam sujeitos em relação ao enfermo. Contudo, a presença de estranhos, isto é, pessoas cujos laços eram construídos em função da necessidade, neste espaço de trocas tão íntimas como o do quarto do doente, poderia angariar suspeitas. Daí, talvez, a possibilidade de entender as palavras de Ifigênia ao jurar sua inocência: tratara do doente *“como se fosse seu senhor porque era pessoa sua”*. Creio que isso reforça a idéia de que era a casa do enfermo, seus familiares e próximos, o centro e os agentes preferenciais no cuidado das moléstias. Quando o doente não os possuía, ficava a mercê de suas possibilidades monetárias. Se tivesse algum pecúlio, poderia tentar forjar laços, como fez Fernandes, tomando por casa e comida uma liberta no lugar da escrava que não podia comprar, e adotando um jovem conterrâneo, no lugar do filho que não poderia ter. Caso nada possuísse, tornava-se um “desvalido”, cuja miséria e a enfermidade tornavam alvo da caridade pública. Situação que nenhum enfermo poderia almejar.

Outro ponto importante de ser analisado nesse universo das trocas sociais em que as práticas de curar eram moeda corrente diz respeito à questão de que parece ter sido comum a muitos dos curandeiros que encontramos nas fontes o fato de, muito frequentemente, serem eles libertos. Alguns usaram de seus conhecimentos para reunir um pecúlio e comprar sua alforria, como são vários dos casos relatados por Tânia Pimenta em suas pesquisas sobre as práticas de cura na Corte na primeira metade do século XIX, ou como mostra a trajetória de Mestre Tito em Campinas, analisada por Regina Xavier.<sup>605</sup> Porém, independentemente da compra ou da concessão, a liberdade

---

<sup>605</sup> PIMENTA, T. S. *Op cit.*, 2003; XAVIER, R. *Op cit.*, 2003.

aparece muito ordinariamente ligada à experiência dos curandeiros, não raro, era uma característica bastante comum aos curadores negros que acabavam sendo denunciadas às autoridades como feiticeiros ou envenenadores. Nas análises feitas sobre as trajetórias de curandeiros denunciadas no Rio Grande do Sul, Maria Antonia (estudada por Witter) e Joaquim Mina (estudado por Moreira) já eram libertos ao tempo das denúncias que sofreram, o que não permite avaliar de todas as formas como alcançaram suas liberdades. Todavia, o processo contra o negro crioulo Adão pode nos fornecer algumas pistas a esse respeito.

Este é um caso singular pelo fato que Adão Dino foi acusado, em 1848, por ter prometido a cura de uma mulher branca em troca desta e do marido o auxiliarem a comprar sua liberdade. Roger Silva analisou este processo em seu trabalho sobre o uso de substâncias químicas por parte dos escravos.<sup>606</sup> Aqui, porém, minha análise irá se fazer sobre um outro aspecto do caso em questão. Não se tratava de uma cura qualquer. Embora Dino tenha declarado viver de seu ofício de alfaiate, fora indicado para Dona Ana Joaquina Lessa, por um de seus escravos, como um hábil *curador de feitiços*. Após longo tratamento em que são indicados como terapeutas vários médicos e cirurgiões conhecidos, além de pessoas da família, boticários e práticos, a enferma foi desenganada e acabou por convencer-se que seu mal era originário de um feitiço. A partir daí, ela aceita as terapias do curandeiro Adão e exigiu que o marido desse a este tudo o que ele pedia. Dino alegou que seu senhor iria deixar a cidade de Porto Alegre e por força de ter de acompanhar seu amo em sua mudança para o interior, o curandeiro teria de interromper o tratamento. Desde que passara a cuidar da cura de D. Ana Joaquina, Adão havia passado a residir na casa desta juntamente com a crioula Maria Luiza, uma jovem liberta que era sua amante e ajudante nos tratamentos de curar. Em função disso, o esposo da doente, Manoel Coelho Lessa, vendeu um lance de casas pelo valor de 500 mil réis, os quais foram dados para que Adão comprasse sua liberdade e assim não tivesse de seguir seu senhor para o interior da província. E foi o que o curandeiro fez.<sup>607</sup>

O caso de Adão Dino é bastante significativo para que possamos compreender tanto o poder quanto a influência de que estes curandeiros/ feiticeiros dispunham. O que, talvez, possa ser uma outra (além da formação de pecúlio para a alforria) possível

---

<sup>606</sup> SILVA, R. *Op cit.*, 2001.

<sup>607</sup> APRS – Tribunal do Júri: Sumários – Porto Alegre – M27, Ano: 1850, N. 811.

explicação para o fato de encontrarmos tantos curandeiros negros libertos na documentação referente ao século XIX. Isso poderia sugerir que estes homens e mulheres, em função de seus conhecimentos, conseguiam manipular e/ou assustar seus senhores a ponto destes lhes concederem a liberdade? Ou será que sua presença neste tipo de processo deve-se justamente a sua condição de ex-cativos. Isto é, o fato de estarem fora do jugo dos senhores tornava-os mais perigosos no entender dos membros mais poderosos de uma sociedade marcada pela hierarquização e pela violência das relações entre pessoas de *status* extremamente desigual?

Responder a estas questões é uma operação difícil, complexa e, certamente, não podemos almejar uma resposta que seja unívoca. Pode-se, no entanto, arriscar interpretações possíveis e buscar ferramentas conceituais que nos permitam compreender tanto o número de curandeiros libertos, quanto às contínuas acusações feitas a estes, mesmo quando eles eram competentes e eficazes em seus tratamentos. Minha sugestão, nesse caso, é a aplicação dos conceitos de *dom* e *contra-dom* aos processos de cura.

O “dom é um ato voluntário, individual ou coletivo, que pode ou não ser solicitado por aquele, aquelas ou aqueles que os recebem”.<sup>608</sup> O *dom* como ferramenta de análise sociológica foi vislumbrado por Marcel Mauss logo após a Primeira Guerra Mundial em seu célebre *Ensaio sobre a Dádiva*.<sup>609</sup> Para Mauss, o *dom* existia em todos os tipos de sociedades, muito embora não se caracterizasse da mesma maneira em todos os lugares. Seu interesse era o de entender e explicar o porquê da existência do dom acarretar sempre em três obrigações: a de dar, a de receber, a de aceitar e restituir. Contudo, Mauss deu atenção maior ao ato de *dar* enquanto que a restituição, em sua obra, parece cercar-se de um ato evidente e intrínseco à primeira obrigação. Tal fato abriu espaço para que Claude Levi-Strauss viesse a criticar e refinar a teoria de Mauss aplicando a ela o método estruturalista e buscando na estrutura simbólica da sociedade, uma resposta ao problema da *restituição da dádiva* ou *contra-dom*.<sup>610</sup> Annete Weiner e Maurice Godelier, no entanto, retomaram os pressupostos dos dois mestres da etnografia e re-elaboraram alguns de seus conceitos buscando observar outras realidades a cerca do *dom* e incluindo aí, questões sobre objetos que não poderiam ser dados ou

---

<sup>608</sup> GODELIER, M. *O Enigma do Dom*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001, p. 23.

<sup>609</sup> A publicação original é de 1923-24. MAUSS, M. *Ensaio sobre a Dádiva*. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In : \_\_\_\_\_. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.

<sup>610</sup> LEVI-STRAUSS, C. A obra de Marcel Mauss. In : MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo : Edusp, 1974.

ainda sobre objetos que não poderiam jamais ser restituídos de forma igual.<sup>611</sup> E é isso que nos interessa aqui.

Minha intenção é analisar as práticas de cura partindo da concepção de que existem *dons* que não podem ser restituídos, mas que depois de dados, em razão de sua própria natureza, estabelecem uma dívida que nem mesmo um *contra-dom* equivalente pode desobrigar aquele que primeiro recebeu.<sup>612</sup> As formas de restituição, conforme demonstraram Xavier e Hespanha para a sociedade portuguesa do Antigo Regime podiam ser extremamente amplas, mas quase sempre mantinham um vínculo forte entre aquele que doava e aquele que recebia.<sup>613</sup> Como expressa Godelier, “aceitar um dom é mais do que aceitar uma coisa, é aceitar que aquele que dá exerça direitos sobre aquele que recebe”.<sup>614</sup> Em outras palavras, algumas categorias de *dons* são superiores a quem os recebe de tal forma que sua restituição só pode ser dada a partir da formação de um laço de obrigação e obediência para com quem deu. Podemos colocar aí *dons* sagrados como a vida (relação entre os deuses e os homens), ou fundamentais como o acesso à comida e a terra (na relação entre senhores e servos, reis e súditos), entre outros. Nesse caso, não é apenas o *dom* que é superior, há também a desigualdade intransponível entre quem doa e quem recebe. Essa desigualdade coloca o receptor sujeito ao doador, independentemente dele ter querido o *dom* (no caso da vida) ou dele ter de aceitá-lo por não ter escolha (no caso dos servos, por exemplo).

No caso da cura, estamos, sem dúvida, nos referindo a um tipo de *dom* superior, o qual é dado numa troca entre desiguais, pois quem tem o poder de curar na relação se coloca como superior a quem sofre o mal e busca pela saúde. Assim, ao utilizar tais conceitos sobre as relações estabelecidas entre cativos e ex-cativos curandeiros com seus clientes de outros setores da sociedade (em especial, os brancos livres), estamos obviamente diante de uma doação feita entre desiguais. Porém não apenas desiguais na relação sofredor-curador, mas também no espectro maior da sociedade hierarquizada em que viviam, onde a escala era inversa. Ou seja, em alguns episódios, como os que vimos acima, envolvendo curandeiros negros e enfermos brancos, é a parte considerada inferior por aquela sociedade que doa o bem mais significativo, no caso, a saúde, à parte “superior” da relação. Logo, aquele que era curado ficava numa obrigação quase

---

<sup>611</sup> GODELIER, M. *Op cit.*, 2001, p. 23.

<sup>612</sup> *Idem*, p. 75.

<sup>613</sup> XAVIER, A. e HESPANHA, A. M. As Redes Clientelares, in HESPANHA, A. M. (coord.) *História de Portugal – Antigo Regime*. Lisboa: Editora Estampa, 1993.

<sup>614</sup> *Idem*, p. 70.

insolúvel para com um “inferior”. Será que essa submissão faria com que aqueles que eram curados – quando senhores – se sentissem na obrigação de retribuir de alguma forma o *dom* doado? Seria a liberdade, a alforria, ou o auxílio para a formação de um pecúlio para sua compra uma forma de fazer esta restituição? Esta leitura explicaria o grande número de curandeiros libertos?

Seria difícil afirmar com certeza, porém me parece bastante plausível conjecturar que a partir do momento em que a cura era obtida, um tipo não restituível de *dom* colocava aquele que era socialmente superior como devedor e obrigado daquele que era socialmente inferior. Seguindo este raciocínio, poderíamos lançar uma interpretação possível para acusações feitas contra os curandeiros que tinham mais sucessos que fracassos. Afinal, passava a ser depositada uma grande quantidade de poder, respeito e obrigações em um agente que, mesmo liberto, continuava num patamar muito inferior da escala social. Teria sido este o caso da curandeira Maria Antônia que, em 1866, foi denunciada por envenenamento no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, justamente por ter sido a única entre diversos curadores a conseguir melhoras no estado de uma de suas clientes?<sup>615</sup>

Reforçando essa idéia, pode-se recorrer ao que afirma Godelier em seu estudo sobre a antropologia do *dom* sobre àqueles que não são passíveis de serem retribuídos. Acredito que essa característica pode ser facilmente aplicável à saúde e à restituição da saúde, principalmente num momento em que as relações entre os *curadores* e os *sofredores* ainda não se encontram completamente mercantilizadas. A

“(...) lógica da troca de dons é completamente distinta (...) da lógica das trocas comerciais. Quando se trocam mercadorias ou estas são trocadas por dinheiro, depois da transação os parceiros tornam-se proprietários daquilo que compraram ou trocaram. Enquanto antes da troca cada um dependia dos outros para satisfazer suas necessidades, depois todos tornam-se independentes e sem obrigações uns em relação aos outros”.<sup>616</sup>

Assim, não é difícil imaginar que aqueles que detinham domínio sobre o território ainda oculto dos mecanismos da doença e restituição da saúde, bem como eram capazes de oferecer interpretações ao por que do ataque dos males a um determinado indivíduo – o “impressionante” poder do diagnóstico – facilmente alçaram até mesmo a posições sacralizadas em determinadas sociedades. O binômio curador-sacerdote é tão constante quanto o curador-feiticeiro. Neste sentido, o respeito e o temor

---

<sup>615</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001.

<sup>616</sup> GODELIER, M. *Op cit.*, 2001, p. 68-9.

representam duas faces da mesma moeda nas relações estabelecidas entre os que demandavam cura – além das explicações que significavam e tornavam reconhecível a origem do mal – e os que a forneciam. Tal poder nas mãos de indivíduos que, por definição, eram considerados inferiores era extremamente perigoso. Mesmo sua associação com o demônio e outras artes ocultas não seria o suficiente para impedir o estabelecimento de uma dívida quase insolúvel uma vez que um determinado enfermo fosse curado por um curandeiro negro, escravo ou liberto. As relações derivadas desta dívida podiam subordinar tanto homens e mulheres próximos a sua condição social quanto outros mais distantes, isto é, “superiores”. Estes poderiam por medo ou para quebrar a relação de solidariedade estabelecida, transformar a liberdade numa restituição possível ou buscar degradar ainda mais perante o todo social o doador – denunciando-o a justiça como envenenador, por exemplo – o que desqualificaria o *dom* e poderia assim eliminar a possibilidade de restituí-lo.

Por outro lado, a saúde como *dom* não trabalharia apenas em favor dos curadores que ocupavam uma escala social inferior aos seus clientes. Se retornarmos ao que foi analisado no terceiro capítulo deste trabalho, estaremos diante do outro eixo de obrigações que o ato de *doar* saúde e cuidado para com a doença poderia estabelecer na sociedade em questão. Refiro-me, especialmente, aos médicos que ergueram proveitosas carreiras políticas e a muitos dos *filantropos* e caridosos *homens de bem* cujos nomes beneméritos atualmente identificam as ruas de cidades como, por exemplo, Porto Alegre. As ações destes junto à saúde da população – fosse como curadores ou como benfeitores de espaços de cuidado como a Santa Casa de Misericórdia – renderam-lhes, sem dúvida, votos, apoios e clientelas das quais estes fizeram uso político e de nobiliarquia social. Aqui também a lógica do *dom* funcionava. E os doutores sabiam que, mesmo seus clientes mais despossuídos, àqueles que acorriam a eles porque os anúncios de jornais prometiam não cobrar nada aos pobres,<sup>617</sup> lhes pagariam com bem mais que com galinhas, porcos ou bolos (como conta a tradição popular e livros como o do Dr. Campanário<sup>618</sup>). O pagamento viria na moeda imaterial da obrigação, do respeito, ou se materializaria em votos e campanhas. De qualquer forma, seria um pagamento em longo prazo e com efeitos mais duradouros que a simples restituição monetária.

---

<sup>617</sup> Ver WITTER, N. *Op cit.*, 2001, capítulo 2.

<sup>618</sup> CAMPANELLA, Dr. M. de A. *A medicina no interior*. Rio de Janeiro: Labor, 1937.

## Capítulo 5 - Um estado sanitário lisonjeiro

Pesquisas sobre a história dos fenômenos epidêmicos têm demonstrado que a interpretação histórica das doenças e das repostas sociais dadas a elas, só podem ser explicadas quando se observa as experiências do passado. Trabalhos direcionados a entender o as formas como a epidemia de AIDS foi interpretada em seus primeiros tempos, como os de Virginia Berridge para o Reino Unido e o Paul Farmer para o Haiti, seguiram nesta direção.<sup>619</sup> Ambos indicavam que a recepção da “nova” doença, em especial considerando os leigos e as políticas públicas, somente poderia ser compreendida a partir da análise das concepções de doença daquela população. O cólera de 1855 em Porto Alegre, não se comportou de forma diferente. A moléstia era “nova” para a região e relativamente “nova” para o Ocidente especialmente no sentido de que ela ainda não havia sido alvo de explicações convincentes ou mesmo de ações capazes de impedi-la. O cólera “zombava da ciência dos homens”.<sup>620</sup> Por outro lado, havia algo de familiar na forma de ação da doença para os habitantes de Porto Alegre. Sua ação sobre o aparelho gastro-intestinal remetia aos conhecidos índices de mortalidade que, como vimos no primeiro e no segundo capítulo, a cidade já enfrentava.

Logo, para entender as repostas sociais ao cólera para os fins desta pesquisa, é preciso compreender tanto as idéias da época acerca das doenças epidêmicas, quanto a forma como os habitantes de Porto Alegre interpretavam as moléstias e sua relação com o ambiente em que viviam. Trata-se de determinar o que seria, para esta sociedade e época, uma *agenda pré-existente de questões*. E como estas questões motivariam as formas como ela interpretou o advento da epidemia e elaborou escolhas, entre as inúmeras repostas possíveis, naquela época, para tentar evitar o retorno do mal. Ou, se

---

<sup>619</sup> BERRIDGE, V. *Op cit.*, 1992, pp. 303-326; FARMER, P. *Op cit.*, 2004, pp. 535-565.

<sup>620</sup> AHRs – Correspondência dos Governantes: M27, 1856.

levarmos em conta o ‘roteiro’ de Rosenberg, o que aquela sociedade aprendeu com a epidemia.<sup>621</sup> As teorias ambientalistas – tão importantes no XIX, quanto exaustivamente estudadas pelos historiadores que se dedicam a esta época. – compõem aí apenas uma das facetas a desempenharem um papel importante nas respostas sociais à epidemia.

Ao fim do flagelo, as autoridades da província tinham diante de si um manancial de interpretações e escolhas possíveis para tentar evitar novas incursões da epidemia. Entender essas escolhas e o uso que se fez delas nos discursos posteriores acerca das doenças epidêmicas na região é o objetivo deste capítulo. Muitas das idéias aqui dispostas são reflexões que apontam para outros estudos, possivelmente inscritos na longa duração, e que traçassem com mais acuidade as relações dos habitantes deste mundo com o seu meio ambiente. Ainda assim, acredito que olhar, mesmo que brevemente, para a história da ocupação do território, da vida em Porto Alegre e da construção da idéia de saúde e doença na região pode, em muito, esclarecer os acontecimentos que se seguiram à passagem da epidemia. De acordo com Charles Rosenberg, as epidemias seguem, geralmente, uma espécie de roteiro em sua atuação sobre uma sociedade.<sup>622</sup> O autor analisa este ‘roteiro’ como um evento dramaturgico, o qual ele divide em quatro atos: a revelação progressiva, a explicação da epidemia, a negociação das respostas públicas, e, por fim, o que ele denomina de subsistência e retrospecto. Este último ato forneceria uma “estrutura moral implícita” sobre as “lições” que a comunidade e seus membros aprenderiam com a epidemia. Esta “agenda moral”, que incluiu a avaliação dos resultados materiais e simbólicos deixados pela epidemia, seria também acompanhada por alterações nas políticas sanitárias destinadas ao público. As epidemias, para o autor forneceria espaço, para reflexões e avaliações da sociedade atingida por ela mesma.

Este capítulo alia-se tanto com a idéia de Rosenberg quanto com as que foram expressas pelos trabalhos de Berridge e Farmer. Interessa-me perceber as formas como a sociedade estudada avaliou a passagem da epidemia, mas também em que bases ela o fez. E estas bases, a meu ver, estão exatamente na forma como esta sociedade construiu suas concepções de saúde e doença, suas interações com o seu meio ambiente e as ligações que esta fez entre as epidemias e os tormentos nosológicos mais antigos.

---

<sup>621</sup> ROSENBERG, C. *Op cit.*, 1992, p. 285.

<sup>622</sup> *Idem.*

Em 1928, o sanitarista Belisário Penna foi convidado por Getúlio Vargas para organizar os serviços de saúde no Rio Grande do Sul. Naquela ocasião, ele proferiu uma conferência na qual tecia largos elogios a ‘natural salubridade da região’. O clima e a natureza do estado teriam sempre permitido o saudável desenvolvimento de seus habitantes, a não ser quando obstados por outros elementos, como os ‘recentes’ (para a época em que Belisário falava) desajustes de ordem econômica ou urbana.<sup>623</sup> O que nos chama a atenção nessa história é a extraordinária continuidade da idéia de que o ambiente do sul do Brasil foi, desde o início da conquista do território, sempre visto como uma das regiões mais saudáveis do país. Desde que os primeiros cronistas e viajantes descreveram aquele espaço, a vegetação progressivamente mais baixa, os ventos e temperaturas amenos foram traduzidos como uma garantia de ares mais salubres. Assim, embora, ao longo do século XIX, as condições iniciais do ambiente ocupado tenham se modificado, o Rio Grande do Sul continuou a ser descrito como tendo o mais hospitaleiro dos climas.

Essa imagem de um clima salubre e benfazejo foi construída ao longo dos séculos de ocupação do território também como justificativa para essa mesma ocupação. Assim, inicialmente, é preciso buscar diferenciar e dimensionar a região particular de que estamos falando no espaço e na História do Brasil. De fato, uma investigação que tenha como meta o estudo da saúde e da doença na história de um território deve estar atenta às características geo-ecológicas apresentadas por ele e por seus povoadores. Na verdade, não há nenhuma novidade nisto. Muitos estudiosos das doenças e das formas de cura, pelo menos desde Hipócrates e seu “*Ares, Águas e Lugares*”, trabalharam nesse caminho de investigação, isto é, ligando região e doença.<sup>624</sup> O século XVIII, por exemplo, é prolífico em trabalhos deste tipo, em que autores médicos se dedicaram a investigar a geografia física, a história natural, a alimentação, a moradia, os costumes dos habitantes e sua relação com a ocorrência de doenças endêmicas, epidêmicas e esporádicas.<sup>625</sup> Entretanto, a revolução bacteriológica, que permitiu à medicina resolver muitos problemas de doenças sem se preocupar diretamente com o ambiente, parece ter influenciado também alguns estudiosos. Estes, muitas vezes, têm produzido trabalhos que são exaustivos acerca dos mecanismos das doenças e do contágio, mas que pouco se

---

<sup>623</sup> PENNA, B. *Passado, presente e futuro do Rio Grande do Sul*. Folhetos Impressos – Biblioteca Central da PUCRS.

<sup>624</sup> Ver o que diz ROSEN, G. *Op cit.*, 1993, p. 37.

<sup>625</sup> *Idem*, p. 139.

atém às questões que dizem respeito à interação com o ambiente na origem das doenças.<sup>626</sup> É claro que não é minha proposta aqui assumir as investigações médicas do século XVIII como um programa para uma investigação de história da saúde e da doença. Contudo, creio que um olhar sobre o ambiente em si e sobre como os seres humanos o apreenderam pode ser um elemento de grande valia para que se compreendam: as escolhas individuais e coletivas; os caminhos trilhados, com suas aceitações e resistências; a pauta de debates e reivindicações de cada sociedade no que diz respeito à saúde e à doença; e, obviamente, as respostas sociais dadas às doenças.

Além disso, mesmo num estudo sócio-histórico, é importante que se tenha claro que entre os inúmeros conceitos com que se tem tentado definir saúde e doença é quase impossível deixar-se de fora idéias que se liguem ao conceito de interação.<sup>627</sup> A natureza é formada pelo equilíbrio e o desequilíbrio entre as diversas espécies que a compõem, isto é, por um intercâmbio dinâmico e imprevisível que perpassa a todos os seres vivos: humanos, plantas, animais e microrganismos. Estes, em contínuas trocas, compõem o processo que chamamos de vida em um conjunto absolutamente inseparável. No caso dos patógenos causadores de doenças: “A prolongada interação entre hospedeiros humanos e organismos infecciosos, através de muitas gerações e saudavelmente numerosas populações de cada lado, acabou criando um padrão de adaptação mútua, o qual levou ambas a sobreviverem”.<sup>628</sup>

Este capítulo pretende tentar compreender como esta idéia de salubridade foi construída e esteve subjacente as formas como o governo da província do Rio Grande do Sul e a população de Porto Alegre reagiram ao advento e a passagem da epidemia de cólera de 1855-6. Dessa forma, interessa aqui fazer um breve inventário das condições ambientais que “brasileiros”, europeus e africanos encontraram ao iniciarem a conquista do território que hoje faz parte do Rio Grande do Sul. Ou seja, como as diferenças geológicas do sul em relação ao nordeste e sudeste do Brasil foram sentidas e apreendidas ao longo do primeiro século da ocupação luso-portuguesa (1730-1830). A partir daí, pretendo analisar como estes apreenderam esta nova paisagem e a recriaram em suas observações e escritos. Para isso, é importante, que se faça uma releitura dos

---

<sup>626</sup> As exceções vêm de uma área que vem se avolumando nas últimas décadas e que tem sua inspiração nos trabalhos de McNEILL, W. *Op cit.*, 1989 e CROSBY, A. *Op cit.*, 1993.

<sup>627</sup> Sobre os conceitos de doença como interação ver McNEILL, W. *Op cit.*, 1989, p. 7; HEGENBERG, L. *Op cit.*, 1998; e CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão*. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, cap.s II, III, IV.

<sup>628</sup> McNEILL, W. *Op cit.*, 1989, p. 9 (tradução minha).

primeiros cronistas, viajantes e observadores daquela terra. Esses autores nos fornecem algumas chaves para a compreensão daquele ambiente e dos costumes adaptados e engendrados pela interação das populações com a região em termos de recursos para a saúde. Outras fontes importantes para esse estudo são a documentação militar, os inventários *post mortem* e os relatórios dos Presidentes da província. Feito isso, interessa perceber o esforço na construção real e imaginária da saúde e da doença num mundo novo, no contexto do avanço da civilização portuguesa na América, e, ao mesmo tempo, antigo, na busca de elementos de familiaridade que remetessem ao restante do Brasil e também à Europa.

Num segundo momento, acredito ser importante compreender a chegada dos europeus ao Rio Grande do Sul dentro de um contexto ecológico e nosológico maior: o da conquista da América, pois isto pode nos dar a idéia de quais eram as bases sobre as quais os conquistadores construía suas noções de salubre e insalubre. A seguir, numa terceira parte, acredito ser interessante perceber alguns costumes que, observados por viajantes estrangeiros e alguns residentes, além de trazerem a marca da mistura com as populações mais antigas, faziam parte de uma compreensão de saúde e de ambiente. Além disso, interessa buscar qual o entendimento e como foi feita a construção das idéias e das práticas sobre salubridade e insalubridade entre o século XVIII e a primeira metade do século XIX. Por fim, o texto irá deter-se sobre a cidade de Porto Alegre, tanto aquela reconhecível antes da chegada do cólera como a que, após a passagem do flagelo, buscou com base nas idéias de seu tempo e em seu entendimento da doença, reorganizar suas defesas e impedir o retorno do mesmo.

### **5.1. Ao sul dos trópicos**

Geográfica e ecologicamente, o extremo sul é uma terra bastante diferente daquelas que os europeus conquistaram na zona tropical do globo. Mais fria e úmida mais ventosa e com uma vegetação progressivamente mais baixa. É um mundo diverso das zonas quentes, não só em termos de clima e vegetação, mas também de fauna e na seqüência das quatro estações do ano – aí quase sempre bem definidas – com outonos chuvosos, invernos frios, primaveras ventosas e verões muito quentes. Muitos dos primeiros cronistas, ao descreverem a terra, viam nela elementos que a aproximavam de Portugal e da Europa, e que eles traduziram como aspectos estimulantes à conquista. No entanto, a civilização colonial que se desdobrou para o sul, avançando o território de

domínio português em direção ao Rio da Prata, foi, em muitos aspectos, diferente daquela que aportou no lugar que denominamos Bahia e desceu em direção aos espaços que se tornaram o Rio de Janeiro e São Paulo. É certo que a região platina sempre exerceu um fascínio sobre os aventureiros portugueses, interessados em traficar ameríndios da América espanhola e pilhar metais, mas foi somente em fins do século XVII, com a fundação da Colônia de Sacramento (1680), que o avanço para o sul se tornou uma empreitada organizada sob os auspícios do império Português. Para o frio e desolado litoral que se estendia abaixo da vila de Laguna, em Santa Catarina, deslocaram-se paulistas, baianos, mineiros, pernambucanos, cariocas – isso sem falar nos africanos – homens que, por força de trabalho e mestiçagem, estavam adaptados aos trópicos e a climas mais amenos que os que o sul oferecia.<sup>629</sup>

Pode-se dizer, guardadas as devidas proporções, que se tratou do avanço de um mundo tropical sobre um mundo temperado e não o contrário, como ocorrera na conquista do nordeste e sudeste do Brasil quase 200 anos antes. Apesar do entusiasmo em construir a idéia de um Éden subtropical de alguns dos primeiros cronistas do território sulino, também pode se encontrar outros observadores que se delongaram em descrever a tristeza do inverno, o excesso de chuvas e vento, a monotonia das paisagens do litoral e dos campos em relação àquelas vistas nas regiões mais ao norte do Brasil. O fato é que, analogamente ao que acontecera no início da colonização do Novo Mundo, o processo de expansão para o novo território produziu descrições e discursos que tentavam integrar e compreender as diferenças que os conquistadores encontravam.<sup>630</sup> No caso do sul, aquilo que não se assemelhava ao que se conhecia da América parece ter sido assimilado ao Velho Mundo. Logo, alguns autores construíram uma nova imagem de paraíso. Não mais um paraíso de delícias tropicais e de sol o ano todo, mas a de um paraíso que lembrava a Europa, que lembrava os céus e o clima de Portugal. Essa associação foi elaborada lenta e continuamente por todo o século XVIII e boa parte do XIX e o resultado ficou marcado no esforço consciente e inconsciente de adaptar

---

<sup>629</sup> Sobre a conquista do território do RS, ver PESAVENTO, S. J. *História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980; REICHEL, H. J. e GUTFREIND, I. *As Raízes Históricas do Mercosul*. São Leopoldo: Editora da UNISINOS, 1996; BERNARDES, N. *Bases Geográficas do Povimento do Estado do Rio Grande do Sul*. Ijuí: Editora da UNIJUI, 1997; GRIJÓ, L.A. *et alli. Capítulos de História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004; CÉSAR, G. *As Origens da Economia Gaúcha (o boi e o poder)*. Porto Alegre: IEL; Corag, 2005.

<sup>630</sup> SOUZA, L.de M. e. *Op cit.*, 1989.

espécies europeias de flora e fauna a esse espaço, numa “tentativa” de construir um tipo de “paraíso misto”, com o melhor do Velho e do Novo Mundo.<sup>631</sup>

Alfred Crosby em sua obra *Imperialismo Ecológico* narra esse esforço – que ele denomina de construção das neo-Europas – como uma obra, muitas vezes, levada a cabo quase ao acaso pelos homens e mulheres envolvidos; e sustentada, especialmente, pela semelhança do clima e pela rápida adaptação das espécies europeias.<sup>632</sup> Embora o ambiente tenha sido aí uma peça fundamental, não me parece que esta tenha sido uma tarefa tão descuidada. É claro que o expansionismo europeu sempre levou consigo seu modelo de sociedade. A pergunta é: por que esse modelo funcionou (no sentido de recriar o estilo de vida) mais em alguns lugares do que em outros? A resposta de Crosby é a de que as semelhanças de clima, ambiente e, principalmente, as vantagens biológicas dos europeus e de sua “família ampliada” (termo do autor) de plantas, animais e parasitas foram os responsáveis pelo sucesso dos colonizadores.<sup>633</sup>

Certamente que sim. O que, no entanto, acredito que não pode ser descartado, como uma das peças deste jogo, foi o empenho, muito humano, em “ver” semelhanças e em construir (planta por planta, bicho por bicho) uma “neo-Europa” (para usar o conceito de Crosby). Por outro lado, o trabalho de transformar o ambiente do sul do Brasil e assemelhá-lo ao europeu fez, certamente, parte de um processo natural amplo iniciado mesmo antes do povoamento português (como no caso de doenças, plantas e animais que parecem mesmo ter precedido os conquistadores estrangeiros). Contudo, foi, igualmente, um processo alimentado, continuamente no tempo, tanto no plano das idéias como das ações por cronistas, viajantes, políticos e pelos historiadores de boa parte do século XX.

No que diz respeito à expansão para o sul, certamente as vantagens econômicas eram bastante sedutoras àqueles aventureiros a quem a América ainda não havia dado mais que uma miragem de riqueza. De um lado, o contrabando e o sonho de se encontrar minas de ouro e prata (que alguns acreditavam estar sob o poder dos jesuítas espanhóis e de suas Missões). Do outro, os amplos pastos do sul, ainda sem proprietários (no sentido europeu), embora não sem habitantes, repletos de gado

---

<sup>631</sup> CÉSAR, G. *Op cit.*, 1998 e CROSBY, A. *Op cit.*, 1993.

<sup>632</sup> O autor desenvolve a tese das neo-Europas, regiões do globo em que os europeus tiveram mais sucesso em recriar os modos de vida em termos de ambiente e sociedade. Estas regiões seriam: a América do Norte, a Austrália, a Nova Zelândia e, na América do Sul, a Argentina, o Uruguai e os estados da região sul do Brasil. CROSBY, A. *Op cit.*, 1993, p. 13-18.

<sup>633</sup> *Idem.*

selvagem e sem dono (provavelmente desgarrados das missões jesuíticas espanholas em sua primeira fase no Tape<sup>634</sup>). Tais elementos pareciam afigurar-se como um outro *El Dorado*, “pronto” a ser desbravado e possuído. Entretanto, não foi apenas a sedução dos ganhos econômicos que atraiu para terras do sul os homens do norte.

Desde fins do século XVII, os aventureiros que passavam pela região produziram descrições que pretendiam convencer autoridades e leigos de que este era um caminho bom, justo, e de “saudáveis” resultados, econômicos e físicos, à expansão de Portugal. Afinal, era necessário ampliar os ganhos, mas também a civilização portuguesa e a fé católica. A leitura dos primeiros cronistas a descreverem as terras do sul demonstra o esforço na edificação de um olhar sobre a região que pudesse atrair tanto povoadores quanto os interesses da Coroa. Nessa construção imaginária se percebe que era no ambiente, como um todo (e não apenas nas vantagens da proximidade com o território de Espanha), no que era e no que podia oferecer, que se centrava o discurso que pretendia convencer a cerca da propriedade do povoamento.

O que chama a atenção nessas descrições é o caráter híbrido, isto é, as tentativas de vincular América e Europa, com que os cronistas apresentavam as terras ao sul da ilha de Santa Catarina:

“(...) no tocante à disposição e a largueza da terra é capaz de agasalhar muitos mil moradores e nos parece que S. Majestade que Deus guarde teria muita conveniência mandando-a povoar e os moradores que vierem para ela o estarem muito melhor porquanto os ares e o clima são os mesmos que os de Portugal, que plantando-se trigo e cevada se dá melhor que na mesma Europa; os mantimentos do Brasil muito melhor nessa terra que em toda a América, muitas campanhas para se criar gado vacum e com todas as conveniências que se podem desejar os ditos moradores (...) nos consta (...) ser o dito Rio Grande a melhor terra de toda a América do Brasil para se povoar, onde se pode acomodar, sem que nele se mostre os milhões de moradores que tiver em si, pelas grandes e dilatadas campanhas que tem (...).”<sup>635</sup>

---

<sup>634</sup> Tape era o nome de um dos grupos guaranis que viviam no sul e era o nome dado a terra “situada mais ou menos no que hoje seria a região central do Rio Grande do Sul (exceto o planalto), compreendida entre os rios Uruguai e Caí e abrangendo os vales fluviais dos rios Jacuí, Ibicuí, Taquarí e outros”. Os jesuítas portugueses aí tentaram missões entre os indígenas no início do século XVII, mas acabaram retornando em função dos interesses dos bandeirantes paulistas e para não entrar em conflito com a jurisdição dos jesuítas espanhóis. KÜHN, F. *Breve História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2002, p. 11 e 12. Na década de 1620, foi a vez dos jesuítas vindos do território de Espanha penetrarem na região e estabelecerem reduções entre os nativos, porém menos de dez anos depois do início da experiência estes tiveram de fugir para o Paraguai em razão dos ataques dos bandeirantes e de grandes epidemias. Sobre a ocorrência das epidemias nas missões jesuíticas espanholas ver RESENDE, M. L. C. de. Jesuítas e Pajés nas Missões do Novo Mundo, in CHALHOUB, S. *et alli* (org.s). *Op cit.*, 2003, pp. 231-272, p. 232 e ss.

<sup>635</sup> Informação do Juiz e Oficiais da Câmara de Laguna de Santo Antônio, datada de 06 de janeiro de 1715 (Anexo ao Documento n. 4000). In Inventário dos Documentos Relativos ao Brasil, por Eduardo de Castro e Almeida, pp.407-408, *Apud* CÉSAR, G. *Op cit.*, 1998, p.73-74.

“O melhor da América e o melhor de Portugal”, esta era a imagem que, inicialmente, os cronistas fizeram do que viria a ser o extremo sul do Brasil. Imagem esta que perdurou, em muitos dos observadores, século XIX adentro.<sup>636</sup> O quadro pintado pretendia se mostrar interessante tanto aos aventureiros “brasileiros” quanto a possíveis povoadores mandados vir de Portugal pela Coroa, os quais estariam, deixavam eles subentender, melhor que os que fossem para as regiões mais ao norte por causa das semelhanças do clima com o de Portugal. Logo, “paulistas” e “lagunenses” começaram a descer em direção ao sul e, em meados do século XVIII, começaram a vir casais dos Açores com o intuito de povoar as terras que se estendiam para além do “Rio Grande”.<sup>637</sup> Os grandes espaços com povoações esparsas pareciam um convite aos desbravadores, um horizonte aberto sem muitos obstáculos a impedir o deslocamento de homens e animais domésticos. Entretanto, o avanço não foi tão simples e nem se estendeu sobre “terras de ninguém”, como os portugueses costumavam chamar a fronteira com o império Espanhol. A conquista do sul se deu em meio à guerra com indígenas e espanhóis, à apropriação de terras para a preia e criação de gado vacum, ao contrabando e às idas e vindas de uma fronteira que somente se estabilizou em meados do século XIX, sem que, no entanto, se extinguissem os conflitos – praticamente um por década até os anos 1870.<sup>638</sup>

É claro que os percalços do avanço português provocaram descrições menos abonadoras. Já em 1737, quando é fundada a Fortaleza de Jesus-Maria-José, na barra do Rio Grande (na saída da Lagoa dos Patos), os homens que aí se estabeleceram perceberam na distância das áreas mais povoadas a falta das comodidades de sua época e demonstraram uma visão mais amarga, embora não menos esperançosa, do então chamado Continente de São Pedro:

“A este país, meu senhor, tenho chamado a terra dos muitos e – ouça Vossa Mercê a razão – com toda verdade, porque aqui há muita carne, muito peixe, muito pato, muita marreca, muito maçarico real, muita perdiz, muito jacum, muito laticínio, muito ananás, muita courama, muita madeira, muito barro, muito bálsamo, muita serra, muito lago e muito pântano; no verão muita calma, muita mosca, muita motuca, muito mosquito, muita polilha, muita pulga; no inverno muita chuva, muito vento, muito frio, muito trovão, e, com todo o tempo, muito trabalho, muita faxina, muito excelente ar, muita boa água, muita saúde para servir a Vossa Mercê; pode produzir, como já

---

<sup>636</sup> NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Os Viajantes olham Porto Alegre, 1754-1890*. Santa Maria: Anatterra, 2004.

<sup>637</sup> A denominação Rio Grande é geograficamente complicada, pois tanto se refere à Laguna, como à série de lagoas que acompanham o litoral do Rio Grande do Sul, como à Lagoa dos Patos. No caso aqui, o nome é usado para designar esta última.

<sup>638</sup> KÜHN, F. *Op cit.*, 2002, p. 49-64.

experimentamos, muita balancia (melancia), muita abóbora, muito legume, muita hortaliça, e, porque com uma palavra diga o que mais importa a Vossa Mercê, também há muita falta de tudo o mais para a vida e para o luxo (...).”<sup>639</sup>

As palavras são do segundo governador do Rio Grande, André Ribeiro Coutinho, e nelas, apesar de certo mau humor com as dificuldades, se mantém o que vem a ser quase um modelo entre os cronistas. Primeiro, a percepção de semelhanças do clima com o europeu, isto é, estações definidas e a capacidade da terra de prover os mesmos gêneros que a Europa e ainda os que a América oferecia.<sup>640</sup> Daí derivando a necessidade de se trazerem cultivadores para plantar e adaptar culturas valendo-se de “tamanho fertilidade”. Segundo, a salubridade dos amplos espaços, o bom regime de ventos, águas, chuvas e de temperaturas. As descrições do sul mantiveram esse “padrão” (à falta de palavra melhor) até boa parte do século XIX e, depois, este foi retomado nas propagandas imigratórias, em especial, em fins do mesmo século.

Alguns destes autores viam no ambiente mais que salubridade, no sentido de manter o corpo saudável. As terras e o clima apareciam em certas descrições como medicinais para as mais diversas moléstias. Nesses termos, o relato mais interessante é o do Brigadeiro José de Silva Paes, fundador da fortaleza-presídio Jesus-Maria-José e primeiro governador do Rio Grande. Silva Paes trouxe os primeiros povoadores: soldados, prisioneiros e prostitutas. Ele escreveu em 1742, quando era governador de Santa Catarina e teve de voltar ao Rio Grande para debelar um motim entre os soldados do forte:

“Dei todas as providências que me pareceram precisas para a subsistência daquele presídio que ia acabar podendo segurar que é o melhor clima que tem a América, pois ainda ali não se experimentou, nem houve sezões, nem febres malignas, e Mulheres que eu tinha mandado do Rio, as mais corridas, e Galicadas, sem cura melhoraram, e pariram quase todas.” (Grifos meus)<sup>641</sup>

A passagem é extremamente interessante, pois coaduna a benignidade do clima com a ausência de doenças e de mortes causadas por doenças, bem como com a capacidade de curar (no caso, a sífilis) e de devolver a fertilidade às mulheres, o que se

---

<sup>639</sup> Mestre-de-Campo André Ribeiro Coutinho – Carta datada de setembro de 1737, *Apud* CÉSAR, G. *Op cit.*, 1998, p. 110-111.

<sup>640</sup> “Poucas regiões do mundo são regadas e vivificadas, com mais profusão que a Província de São Pedro; somente a Banda Oriental lhe poderá ser comparada. O clima é salubre e temperado; nenhuma terra é mais favorável à colonização *européia*. As frutas das regiões equatoriais dão ao mesmo tempo que as zonas temperadas; recolhe-se na colônia alemã, o fruto do coqueiro e da bananeira, o marmelo, a maçã, a pêra, a laranja e o pêssego suculento do antigo continente”. ISABELLE, A. *Viagem ao Rio Grande do Sul, 1833-1834*. Porto Alegre: Martins Livreiro Editor, 1983, p. 83.

<sup>641</sup> Códice CV\_\_ 1-7 da Biblioteca de Évora, Portugal, *Apud* CÉSAR, G. *Op cit.*, 1998, 129.

ligaria também à fertilidade da própria terra. Mais adiante, o autor novamente louva essa capacidade criadora e chega a perguntar “*se terra que tem essas circunstâncias é para desprezar*”? Há aí, certamente, um interesse de se fazer uma propaganda da nova terra e também de convencer das vantagens em enfrentar os riscos da empreitada. Silva Paes, como outros aventureiros que descreveram o sul, tinha interesse e/ ou estava a serviço de justificar as intenções da Coroa portuguesa sobre terras que, a rigor, não eram suas.

O que, no entanto, chama a atenção, são as contínuas referências às salubridades da terra. Isso permite que se possam arriscar algumas conjecturas. Primeiro de que, no cálculo da conquista, clima, fertilidade e falta de doenças seriam fatores de equânime importância no interesse despertado pelo rendimento de uma nova área a ser tomada. E tão importantes, que poderiam ser exagerados, ou até mesmo inventados, para serem usados como elementos de convencimento. Segundo, e isso pode ser percebido na medida em que os cronistas passam a ter uma menor ligação com os interesses portugueses, se pode crer que a visão das áreas urbanas mais ao norte, em comparação com os amplos espaços do sul, “vazios de grandes cidades”, fornecia um contraste de salubridade a que poucos escritores, de uma época amedrontada por miasmas e sezões, ficariam insensíveis. De fato, uma ocupação mais recente certamente oferecia aos olhos e narizes dos observadores um acúmulo menor de sujeira, pelo menos durante os primeiros tempos da colonização. Terceiro, pode se pensar que o esforço dos autores em ver no sul um clima semelhante ao europeu poderia corresponder à busca de uma proximidade com o conhecido, mas também a uma possibilidade de distanciamento dos males e enfermidades que se havia encontrado nos trópicos.

Um outro ponto que chama a atenção diz respeito ao conceito de *salubridade*. Os observadores referiam-se e percebiam a *salubridade* como tocante a situações ambientais favoráveis à saúde. Estas eram definidas como a presença de bons ares, boas águas e pela não ocorrência de febres ou outros males debilitantes. Esta idéia diferia do entendimento de *salubridade* que nesse momento estava surgindo na ciência européia. Para os médicos do Velho Mundo, o conceito de *salubridade* do ambiente passou, a partir de meados dos setecentos, a vir acompanhado da compreensão de que esta poderia ser controlada pela ação humana.<sup>642</sup> Isso certamente não parece figurar nos escritos dos cronistas, os quais, pelo contrário, louvavam justamente o ambiente que dispensava

---

<sup>642</sup> ROSEN, G. *Op cit.*, 1993, p. 157 e ss.

qualquer ingerência humana para promover saúde. Ingerência esta que não entrava na contabilidade dos bens do espaço, nem para torná-lo melhor, nem para torná-lo pior.

## 5.2. Conquistadores e Germes

Entretanto, essa interação com o ambiente foi bem mais complexa que a percepção da terra em ares e águas salubres. Conquistadores e nativos representavam, uns para os outros, muitos ou mais perigos que as armas que portavam. De fato, a presença das doenças no itinerário da expansão européia tem rendido uma grande quantidade de estudos que tentam explicar, ao mesclarem história e biologia, os sucessos e insucessos de seu avanço sobre os outros continentes. Autores como William McNeill, Alfred Crosby, Sheldon Watts e Jared Diamond ligam diretamente o imperialismo e o bem sucedido expansionismo da Europa ao uso voluntário e involuntário de determinadas vantagens biológicas, especialmente, a interação com um número muito maior de patógenos do que os que as populações nativas estavam acostumadas.<sup>643</sup> Embora ainda polêmicas entre os historiadores, essas teorias buscam provar que o ocaso das civilizações americanas e o poder estabelecido pelos europeus sobre a África e a Ásia estiveram ligados a um princípio de integração nosológica mundial ou, no conceito criado por Le Roi Ladurie nos anos 70 para as pestes européias (séculos VII e XIV), de *unificação microbiana do mundo*.<sup>644</sup>

De fato, poucas dúvidas existem sobre o importante papel das epidemias nas conquistas européias. O processo que, a partir do século XV, começou a unir sob uma única cartilha de doenças todos os continentes e povos do mundo esteve, sem sombra de dúvidas, ligado tanto a expansão conquistadora de vários países do continente quanto à rede mundial de comércio por eles estabelecida. Para muitos povos, a chegada dos europeus foi catastrófica para muitos povos, as trocas que se estabeleceram a partir daí deram foros globais a uma sangria populacional provocada por doenças infecciosas e epidêmicas que se estendeu até o início do século XX. A sífilis aparentemente saiu da América e foi para a Europa e daí para outros continentes; a varíola, embora já assustasse no Velho Mundo, pareceu ganhar forças e se tornou o grande flagelo mundial da época moderna; o cólera saiu da Ásia para aterrorizar o planeta no século XIX; a tuberculose emergiu e se espalhou desconhecendo fronteiras; as gripes, cada vez mais

---

<sup>643</sup> McNEILL, W. *Op cit.*, 1989; CROSBY, A. *Op cit.*, 1993; WATTS, S. *Historia y Enfermedad*. Santiago de Chile: Galileu, 2001; DIAMOND, J. *Armas, germes e aço*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

<sup>644</sup> LADURIE, E. Le R. *Op cit.*, 1978.

mortais, tornaram-se pesadelos sazonais para os povos de diversas partes do globo até a hecatombe de 1919. Os europeus exerceram aí um papel preponderante ao exportar e carregar doenças. Mas também não estiveram a salvo das baixas provocadas pelas trocas de microrganismos e pela virulência das interações entre estes, as quais, muitas vezes, foram até mesmo capazes de provocar moléstias aparentemente novas.<sup>645</sup>

No caso do Rio Grande do Sul, as epidemias exerceram seu poder aniquilador antes mesmo de uma invasão maciça dos conquistadores pelo pampa. A partir de Buenos Aires em direção às missões jesuíticas do Paraguai e oeste do continente de São Pedro, a varíola parece ter sido o maior dos algozes a castigar as populações ameríndias ao longo do século XVII. Porém, as referências também apontam para a ocorrência avassaladora de inúmeras outras doenças infecto-contagiosas: sarampo, gripes, tuberculose, tifo e malária, que contribuíram para a mortalidade em massa das populações indígenas.

“Nas missões jesuíticas, as doenças já apareceram nos anos iniciais – os primeiros relatos já descreviam os surtos epidêmicos. Em 1614, o padre Cataldino relatava a tragédia em Santo Inácio, considerada uma das maiores e mais vistosas reduções. Ali se experimentou ‘grande mortandade pela enfermidade geral que havia’, o que obrigou os padres a acudir aos enfermos e persuadir os índios a se juntarem a outros povoados. Essa decisão, obviamente, foi bastante infeliz. Contagiando os outros, as missões se viram tomadas de epidemias atroz.”<sup>646</sup>

É certo que não se pode negar uma grande redução demográfica dos ameríndios da região, para a qual contribuíram: as epidemias, o apresamento para serem vendidos como escravos e as guerras da conquista do território. Embora, as primeiras, a julgar pelos comentários dos cronistas, tenham aparentemente diminuído de intensidade – mas não desaparecido – no século XVIII, as outras foram fatos constantes durante todo esse período. No entanto, as povoações de origem portuguesa, que se espalharam a partir do Rio Grande (a Lagoa dos Patos) e do sul de Santa Catarina, entre a segunda metade do século XVIII e a primeira metade do século XIX, não se construíram sobre terras “vazias” e nem se tornaram isoladas pelas longas distâncias que as separavam. Conquanto a densidade populacional fosse de pouca monta, os contatos com o interior,

---

<sup>645</sup> UJVARI, S. C. *A História e suas Epidemias*. A convivência do homem com os microorganismos. São Paulo/ Rio de Janeiro: SENAC, 2003.

<sup>646</sup> A autora baseia-se nas Cartas Anuas escritas pelos padres da Companhia de Jesus para seus superiores. RESENDE, M. L. *Op cit.*, 2003, p.232. Ver também FLECK, E. *Sentir, Adoecer e Morrer – Sensibilidade e Devoção no Discurso Missionário Jesuítico do século XVII*. Porto Alegre: PUCRS, 1999 (Tese de Doutorado).

com o Prata e com as regiões mais ao norte do Brasil foram contínuos<sup>647</sup> e, apesar do interesse dos observadores em louvar a salubridade do sul, os seus habitantes, recentes ou não, tiveram de lidar com todas as doenças que aterrorizavam o resto da América. Variola, tifo, escarlatina, sífilis e toda uma série de doenças gastro-intestinais e pulmonares, ainda mal definidas, parecem ter feito parte do quadro nosológico do período.<sup>648</sup>

Contudo, a região não parece ter enfrentado nenhuma grande epidemia, ao menos que tenha marcado de forma terrível o período em questão, conforme sugere a documentação consultada.<sup>649</sup> Estudos mais aprofundados podem tanto alterar como confirmar essa idéia, mas certamente terão de levar em conta o mecanismo das interações entre as diferentes populações que aí vieram a conviver. De fato, é necessário atentar para a questão de serem os conquistadores um grupo extremamente heterogêneo e que trazia, em suas malas e bagagens, males e bactérias de outras terras para povoar as que encontravam. Segundo, os ameríndios, mesmo abatidos pelas epidemias, pelas lutas contra a escravidão e pelas guerras, ainda tinham forças tanto para mostrarem-se hostis quanto para integrarem o cadinho populacional e bacteriológico que aí se formava. Ora, uma tal mistura representou, sem dúvida, uma troca de perigos em termos de microrganismos, mas também uma troca de imunidades e resistências que podem ter contribuído para a pouca virulência das doenças descritas pelos observadores que por aí passaram na primeira metade do século XIX.

*A unificação microbiana do mundo*, porém, fez com que determinadas doenças, antes circunscritas a certas regiões, continuassem a se espalhar e acabassem por ser praticamente as mesmas em todo o globo.<sup>650</sup> Entre idas e vindas de navegadores e exércitos modernos, o tifo e a disenteria se espalharam por onde houvesse guerra e miséria; entre os séculos XVIII e XIX, a varíola, a escarlatina, a difteria ou “croup”, a coqueluche e a meningite matavam no mundo todo, em especial, as crianças. Assim, foram nos contatos entre grupos diferentes que a exposição aos perigos das doenças se tornou maior. Num mundo globalizado isto se torna muito fácil. As mudanças no modo

---

<sup>647</sup> HAMEISTER, M. D. *O Continente do Rio Grande de São Pedro: os homens, suas redes de relações e suas mercadorias semoventes*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, PPG – História Social, 2002. (Dissertação de mestrado)

<sup>648</sup> AHRS - Falas dos Governadores da Capitânia e Relatórios dos Presidentes da Província – A07-01 a A07-06.

<sup>649</sup> Idem.

<sup>650</sup> GRMEK, M. Decline et Emergence des Maladies. In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* II (2), Jul.-Oct. 1995, pp. 9-32.

de vida dos indianos, causadas pela colonização inglesa, trouxeram o cólera para a Europa e depois para as Américas.<sup>651</sup> As guerras de fronteira entre os impérios português e espanhol foram, provavelmente, responsáveis por espalharem o tifo e aumentarem a incidência da sífilis no sul do Brasil, doenças bastante comuns quando havia presença de exércitos.<sup>652</sup>

Entretanto, não se pode esquecer que fatores internos também podem gerar doenças e piorar os quadros nosológicos existentes. Mudanças na estrutura sócio-econômica, por exemplo, podiam agravar o estado de determinados assentamentos humanos, fazendo com que algumas doenças viessem a ter uma extensão muito maior e mais virulenta, assumindo proporções epidêmicas. Além disso, não se pode esquecer que nem todos os habitantes partilhavam das mesmas condições: ricos e pobres, senhores e escravos, também são variáveis importantes para se definir quais as doenças que incidiam ou que eram partilhadas por categorias diferentes da população. Logo, a tão louvada salubridade do espaço sulino podia representar bem pouco frente à quantidade de misérias (físicas e sociais) que podiam portar seus novos e velhos habitantes.

Além do que era percebido do ambiente, a colonização luso-brasileira transformou e adaptou-se ao novo cenário, fatos que, sem dúvida, vieram contribuir para a modificação do entendimento das salubridades e insalubridades do ambiente. Nesse sentido, é interessante se ver nos costumes as formas como os sul-rio-grandenses traduziam a sua compreensão do ambiente em gestos e hábitos, os quais qualificavam em termos do que acreditavam ser saudável, isto é, daquilo que resguardava contra as doenças.

### **5.3. Costumes para viver saudável e práticas insalubres.**

Como comentei anteriormente, dois hábitos alimentares chamam a atenção ao se analisar a população sulina, tanto por sua diferença com o resto do país quanto pelas suas justificativas em relação à preservação da saúde. Encontramos as primeiras informações referentes a hábitos de preservação da saúde por vias alimentares próprios

---

<sup>651</sup> WATTS, S. *Op cit.*, 2001

<sup>652</sup> Ver AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes da Província – A07-01 a A07-06; e a documentação existente no Arquivo Militar (AM), existente no AHRS (L180 à L189 – que contém parte da correspondência dos comandantes nas primeiras décadas do século XIX). Material gentilmente cedido pelo historiador José Iran Ribeiro.

da população que aí habitava começaram a aparecer já no século XVIII. Assim, como já vimos, uma das referências mais antigas aos costumes que a população costumava qualificar como saudáveis é, sem dúvida, as que diziam respeito ao consumo da erva-mate. A outra se refere ao altíssimo consumo de carne pelos habitantes da região. A qual tanto poderia se compor de gado vacum, quanto a ampla fauna existente na região. O mercenário alemão Carl Seidler, que serviu nas tropas imperiais no Rio Grande entre o fim dos anos e 20 e início dos anos 30 do século XIX, comenta acerca desta fauna:

“O viajante aqui encontra rebanhos de avestruzes (emas), muitos veados e não raro o jaguar ou tigre brasileiro. Aves selvagens, como patos, gansos, galinhas, perdizes, em certos lugares existem em quantidade. As avestruzes estão longe de atingir o tamanho e a beleza das africanas, raramente alcançam a altura de 5 ou 6 pés e sua plumagem é cor de cinza pontilhada de escuro. Sua carne serve de alimento principal a certas tribos indígenas, tem sabor inteiramente igual a carne de rês, seca e magra, e é muito fiapenta; só a gema dos ovos é tragável ao estômago europeu. Os veados destes campos tem cheiro muito desagradável, razão porque não servem para alimento, mas a carne dos veados-mateiros é de gosto muitíssimo agradável”.<sup>653</sup>

Mais adiante, em seu diário, Seidler comenta que em um momento de privação de suas rações, ele e seus companheiros de tropa foram obrigados a comer emas, cujo sabor ele reafirma ser desagradável para seus padrões. O consumo quase exclusivo de carne poderia ocorrer em algumas situações da vida dos habitantes do sul, principalmente entre soldados, tropeiros, carreteiros e outros grupos cuja circulação pudesse dificultar o consumo de outros gêneros de alimentos. A carne era, na maioria das vezes, consumida apenas ligeiramente assada, costume herdado dos indígenas, conforme relatam as memórias dos padres jesuítas.<sup>654</sup> Durante a guerra do Paraguai, as rações dos soldados eram compostas, na maioria das vezes, somente de carne, pois nem sempre era possível abastecer as tropas com a farinha de mandioca que a acompanhava.<sup>655</sup> Aliás, reclamações sobre rações incompletas ou em que maiores porções de carne substituíam outros gêneros, ou ainda que quantidades de carne maiores eram requisitadas pelos soldados do sul são dados que aparecem na documentação desde, pelo menos, o final da Guerra Cisplatina, e partiam geralmente das tropas de mercenários ou vindas de outras regiões do Brasil.<sup>656</sup> Nas vilas e nos ranchos, os pratos

---

<sup>653</sup> SEIDLER, Carl. *Dez Anos no Brasil* (1846). Brasília: Editora do Senado Federal, 2003, 141.

<sup>654</sup> Ver SEPP, Pe. A. von R. *Viagem às Missões Jesuítas e trabalhos apostólicos*. Belo Horizonte : Itatiaia , 1980; e MONTOYA, Pe. A. R. de. *Conquista espiritual: feita pelos religiosos da companhia de Jesus nas Províncias do Paraguai, Paraná, Uruguai e Tape*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1985; COUTY, L. *Op cit.*, 2000, p. 27-42.

<sup>655</sup> AHRs – Livros de Ordens do Dia da Guerra do Paraguai – Fundo de Arquivos Particulares, L45, M17 – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul.

<sup>656</sup> RIBEIRO, J. I. *Op cit.*, 2005.

de carne também dominavam, mas eram comumente compostos com farinha de mandioca, batatas e até mesmo feijão.<sup>657</sup>

Outro hábito era o consumo de frutas. Laranjeiras e pessegueiros aparecem como referências constantes nas descrições da paisagem sulina. Nenhuma casa, nenhum quintal, fosse nas zonas urbanas ou nas rurais deixava de exibir um amplo pomar, especialmente, de laranjeiras.<sup>658</sup> As laranjas aparecem como doces em jantares sofisticados, como o oferecido pelo Conde da Figueira, governador da capitania em 1821, na vila de Rio Grande. Os pêssegos parecem também terem sido bastante apreciados, mesmo verdes.<sup>659</sup> Alfred Crosby comenta em seu *Imperialismo Ecológico* o espantoso sucesso adaptativo destas duas árvores na América. Para este autor, elas comportaram-se como ervas, espalhando-se sem o direto concurso humano pela paisagem, tornando-se “mato” e colonizando amplos espaços de solo que anteriormente pertencia a outras plantas.<sup>660</sup> Entretanto, o fato das laranjeiras figurarem nos inventários (nos quais, ao menos na Campanha, não encontramos referências a pessegueiros) como elementos de valor pode demonstrar não ter sido tão sem intenção a sua disseminação pela região.<sup>661</sup> Por outro lado, o consumo de frutas parece ter preocupado algumas autoridades. Quando se sucediam muitos casos de disenteria na província, os relatórios dos presidentes culpavam, em geral, a *má qualidade das águas dos rios* próximos às cidades e vilarejos, e o amplo costume de se consumir frutas verdes.<sup>662</sup>

Porém, não são somente aos hábitos ligados ao consumo que traduziam a interação da população do ambiente. A relação com o clima, especialmente com o frio, é bastante interessante nesse sentido. Saint-Hilaire se refere às freqüentes dores de garganta entre os habitantes de todas as regiões do Rio Grande de São Pedro em razão do frio e das bruscas mudanças de temperatura que ocorriam durante todo o ano. Outro viajante francês, Arsène Isabelle, cuja passagem pelo Rio Grande do Sul se deu quase uma década depois de Saint Hilaire, descreveu com cores tenebrosas a forma como os habitantes eram maltratados pelo outono e inverno sulinos e pela quantidade de chuvas que ocorriam nessas épocas:

---

<sup>657</sup> O que também pode ser confirmado pelas listas de gêneros colhidos no Rio Grande e que constam nos Relatórios dos Presidentes da Província (AHRS – A07-01 a A07-06).

<sup>658</sup> NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 2004.

<sup>659</sup> SAINT-HILAIRE, A. *Op cit.*, 1987.

<sup>660</sup> CROSBY, A. *Op cit.*, 1993, p. 137.

<sup>661</sup> Dois pés de laranjeira podiam valer quase o preço de um boi, por volta de 1830. Inventários *post mortem*. Alegrete. APRS – Cartório de Órfãos e Ausentes, maços 01 a 07; Cartório do Cível, maço 01.

<sup>662</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes da Província – A07-01 a A07-06.

“Nas cidades e vilas destas terras baixas (fronteira brasileira com o Uruguai) uma estação muito chuvosa traz consternação entre os habitantes; as comunicações tornam-se difíceis pelas cheias dos rios; os terrenos transformam-se em pântanos; as carretas de transporte ficam atoladas ou suas imensas rodas operam dificilmente sobre o eixo de madeira, levando meses inteiros para percorrer um caminho de trinta ou quarenta léguas”.

“As habitações, mal fechadas, cobertas de junco ou de caniço deixam passar água: cada qual se encerra na sua casa; o comércio paralisa; tudo fica triste e enlanguesce, os animais tornam-se silenciosos e abatidos quando chove muito”.<sup>663</sup>

A estação fria era vista como uma época em que inúmeras doenças podiam se manifestar. O inverno trazia maior suscetibilidade a gripes freqüentes e doenças bronquio-pulmonares, às quais Saint-Hilaire comenta em seu diário serem também bastante comuns entre os sul-riograndenses. Esse fato é também atestado pelos Relatórios dos Presidentes da província, os quais fazem referência aos quadros nosológicos e necrológicos fornecidos pelas Santas Casas – em Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas – bem como a informações recebidas através de Portarias de consultas enviadas a alguns clínicos residentes nestas cidades e no interior.<sup>664</sup> Entretanto, Saint-Hilaire também observa, com grande admiração, a resistência, ou em suas palavras “pouco caso” que os sulinos faziam do frio. Os estrangeiros (e brasileiros do norte, em especial, os da Corte) em geral faziam uma descrição bastante embrutecida dos costumes da população do sul e, não raras vezes, comentavam que estes preferiam expor-se ao frio a resguardar-se. Este parece ter sido um hábito comum, principalmente entre aqueles que estavam longe das vilas e cidades ou viviam em constante peregrinação pelo pampa (carreiros, soldados, mercenários, escravos, etc), os quais pareciam achar mais fácil acostumar-se às intempéries e traduziam tal comportamento como forma de proteção (pelo costume), de força e, até mesmo, de coragem. Os resguardos podiam ser vistos, inclusive, como um luxo ou uma tolice.

“Freqüentemente meu guia tem sido convidado a pernoitar dentro das casas em que me hospedo, mas sempre recusa; dorme com os companheiros em volta do fogo que acendem fora para cozinhar. Dormem sobre um couro e de cabeça descoberta; não é ele a única pessoa insensível ao frio; todos os viajantes assim procedem. Nessa região, ao contrário de minas, não há ranchos, o que provoca nesse pessoal acanhamento de entrar nas casas, principalmente quando chove”.<sup>665</sup>

---

<sup>663</sup> ISABELLE, A. *Op cit.*, 1983, p. 12.

<sup>664</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes da Província – A07-01 a A07-06.

<sup>665</sup> SAINT-HILAIRE, A. *Op cit.*, 1987, p. 24.

Porém, a tolerância ao frio não parece ter sido um comportamento comum apenas àqueles que viviam em movimento pelo interior da região. Num outro momento, ao cruzar pela cidade de Porto Alegre, o mesmo autor comenta:

“Esse frio repete-se todos os anos. Toda a gente se queixa dele, sem, contudo procurar meios eficazes de defesa contra o inverno. Apenas cuidam de agasalhar o corpo com vestes pesadas. Todos os habitantes de Porto Alegre usam em casa um espesso capote que, impedindo-lhes até os movimentos, não os impede de tremer de frio... Ninguém tem idéia de aquecer os quartos, trazendo-os bem fechados e munidos de lareira”.<sup>666</sup>

O traço cultural que Saint-Hilaire chama de *insensibilidade*, pode também ser interpretado como um esforço destes homens e mulheres de acostumarem-se as intempéries como forma de forçar a resistência a elas. Não podemos esquecer que, neste período, as próprias moradias eram, em sua maioria, muito toscas e, por vezes, miseráveis. Mesmo que já fosse possível encontrar casas de pedra e de alvenaria nas cidades maiores, algumas até com certo conforto, a maior parte da população vivia em ranchos de madeira revestidas com barro ou folhas de palmeira (como era mais comum no litoral), sempre muito frias e úmidas, cheias de frestas por onde o vento frio do sul entrava, e por isso mesmo, com poucas janelas; os telhados eram feitos de capim, o assoalho de terra batida e os móveis eram mínimos. Telhas e a alvenaria foram luxos que somente se tornaram correntes na segunda metade do século XIX.<sup>667</sup>

Apesar desses elementos, o Rio Grande do Sul continuou a ser descrito, ao menos por alguns observadores, como uma das mais, senão a mais salubre das províncias brasileiras. Este quadro apenas parecia ganhar cores diferentes quando o olhar dos cronistas se voltava para dois lugares específicos: a jovem capital da província e as charqueadas. Os viajantes estrangeiros tiveram percepções diferentes a respeito de Porto Alegre. Para a sensibilidade romântica dos naturalistas Saint-Hilaire e Isabelle, nenhuma cidade poderia ter sido construída em melhor sítio, tão salubre e cheio de bons ares. Nesse ponto, o segundo, que aí esteve em 1832, descreve um lugar quase idílico nos termos daquilo que seu olhar europeu crê de mais belo: “*É o céu da Itália; são as paisagens e a vegetação da Provence; estamos em Porto Alegre!*”.<sup>668</sup> Já Saint-Hilaire, cujos comentários são, em geral, menos bem humorados e condescendentes, embora admita a salubridade do sítio em que a cidade se coloca vê nela a urbanização mais

---

<sup>666</sup> NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 2004, p. 40.

<sup>667</sup> Pode se perceber isso tanto com base nas descrições dos viajantes quanto dos inventários da época (existentes no APRS).

<sup>668</sup> ISABELLE, A. *apud*, NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 2004, p. 67.

imunda da Brasil comparável ou superior à do Rio de Janeiro. Ambos, no entanto, registram, ao tempo em que passam pela cidade, aí apenas doenças do frio: resfriados e dores de garganta e, por vezes, tétano seguido aos ferimentos.

Embora, para os viajantes, estas moléstias fossem aparentemente problemas menores, o mesmo não parece ter ocorrido com os habitantes, especialmente, aqueles que vinham de regiões mais quentes. É bastante comum encontrar em documentos como os Requerimentos, pedidos de dispensa de funções militares e até ajuda de custo para viajar para climas mais quentes a fim de tratar da saúde.<sup>669</sup> Até mesmo nas atas da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pedidos como esses aparecem.<sup>670</sup>

As opiniões de ambos os autores comentados acima foram repetidas em quantidade por outros que visitaram Porto Alegre ao longo do século XIX. Na coletânea *Os Viajantes Olham Porto Alegre, 1754-1890*, organizada por Valter Noal Filho e Sérgio da Costa Franco, é possível perceber, quase como um padrão, a continuidade das descrições que enalteciam a natureza e a localização da cidade, mas que divergiam no tocante a sua organização e a vida urbana.<sup>671</sup> Enquanto uns mantiveram os elogios, outros (dependendo de sua naturalidade e origem social) a depreciaram, fazendo clara oposição entre esta é sua localização natural.

Contudo, entre fins do século XVIII e as primeiras décadas do século XIX, o local mais insalubre de toda a província era certamente aquele em que ficava o centro mais dinâmico de sua economia: as charqueadas. As tropas de gado vindas das estâncias eram aí sacrificadas e as carnes salgadas para serem vendidas para o centro do país. O processo era certamente um modelo de insalubridade e de ameaça para a saúde como um todo, em especial, para os que ali trabalhavam, mormente para a escravaria. Em 1822, o Visconde de São Leopoldo alertava as autoridades dos perigos existentes na forma de condução do trabalho as charqueadas:

“Seria (...) útil que se prescrevessem regulamentos coercitivos para a limpeza e aceio (sic) das charqueadas, pois que a demora do sangue, urina e resíduos dos animais, além de ser uma origem de infecção, torna esses lugares ascosos e nojentos, e só serve

---

<sup>669</sup> AHRS – Fundo Requerimentos: M35.

<sup>670</sup> CEDOP/ SCMPA – Atas da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Livro 1, Centro de Documentação e Pesquisas da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

<sup>671</sup> NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 2004.

de multiplicar uma praga de moscas e de daninhos ratos, tão grandes que chegam a imitar os gatos”.<sup>672</sup>

As referências a animais daninhos, como moscas, mosquitos, motucas, ratos, não são raras entre os cronistas e observadores, mas certamente em nenhum outro espaço como no ambiente das charqueadas estes proliferavam de forma tão rica e repugnante. A eles se somava a visão das carnes expostas (cheias de moscas varejeiras) e dos restos putrefatos do que não servia para a economia dos senhores, os quais eram, na grande parte das vezes, jogados em rios e riachos próximos.

A partir da década de 1840, os governantes começaram a demonstrar uma maior preocupação com as mazelas da urbanização e da quantidade de tropas militares que grassavam pelo território. No que diz respeito às doenças que acompanhavam os soldados, parece que o saldo pós Revolução Farroupilha foi dos mais terríveis para a saúde da província. Os presidentes passaram a colocar com mais frequência em seus relatórios referências ao tifo, febre escarlatina, bexigas (varíola), disenterias, a maioria destas entre os soldados de algum forte ou guarnição de fronteira, mas também entre a população das maiores cidades – Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas. A vacina, cuja implantação entre os soldados e parte da população, datava da colônia, tornou-se uma preocupação constante.<sup>673</sup> Os relatórios dos presidentes apontam os mapas dos vacinados e a incidência da doença entre estes.<sup>674</sup> Entretanto, dela decorreram dois problemas, o mau uso da variolização como forma de imunização, o que veio a causar epidemias e morte, como, por exemplo, a de Santa Maria, no interior da província, em 1863 e em diversas ocasiões em Porto Alegre.<sup>675</sup> E o fato de que:

“Em rigor o povo só concorre a procurá-lo no momento em que, pelo desenvolvimento da epidemia se lhe autolha (sic) o perigo: dessa inércia e inqualificável imprevidência, resulta que, algumas vezes, quando a vacina é mais procurada, há falta de pus”.<sup>676</sup>

Além da varíola, pequenos surtos epidêmicos de doenças diversas (sarampo, febres terçãs e quartãs, disenterias, tifo, escarlatina, entre outras) passaram a pulular em todo o território de forma anual. Os presidentes chegavam a referir-se ao que chamavam

---

<sup>672</sup> PINHEIRO, J. F. (Visconde de São Leopoldo). *Annaes da Província de São Pedro* (1822), *Apud* CORSETTI, 1983, p. 154.

<sup>673</sup> MIRANDA, M. E. *Op cit.*, 2000, p. 135.

<sup>674</sup> AHRS – Relatório das Falas dos Presidentes da Província – Manoel Antônio Galvão – 1847 – A7.02; e João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu – 1854 – A7.06.

<sup>675</sup> WITTER, N. *Op cit.*, 2001, p. 100; AHRS – Correspondência dos Governantes: M25 e M26.

<sup>676</sup> AHRS – Relatório das Falas dos Presidentes da Província – João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu – 1854 – A7.06.

de “epidemias de estação”, isto é, doenças de um espectro mórbido e coletivo maior que o considerado normal e que se sucediam anualmente de acordo com as condições do clima e do comportamento dos sujeitos no todo social. Entretanto, o ambiente continuou a ser festejado, como mostra o trecho a seguir, escrito pelo Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba, presidente da Comissão de Higiene Pública, ao Presidente da província em 1855.

“Assim, é que não se tem podido estabelecer um sistema conveniente para se fazerem os despejos públicos nem alcançar outras providências que são indispensáveis por despenderem despesas, sendo que eles ainda se fazem no centro da cidade e mesmo nas ruas principais, e desta falta nascem a bem do incômodo que causam esse estado das ruas, dois males cujos resultados todos os dias se tem vendo-se conservar a cifra da mortalidade, sendo tão benéfico o clima em que a província nos colocou.”<sup>677</sup>

Logo, a culpa passou a recair sobre água consumida, os produtos vendidos nos mercados e a sujeira das ruas das cidades maiores, as quais passaram a figurar na agenda de preocupações de políticos, médicos e população. As noções do que era salubre e insalubre parecem modificar-se e passaram a integrar-se, como já ocorria na Europa e em outros lugares do mundo, às capacidades humanas de alteração do ambiente. A noção de que se poderiam tornar as condições de vida mais saudáveis passa, lentamente, a ser indicada, assim como a necessidade de uma ação coordenada sobre o meio para a manutenção de sua benignidade e para evitar a sua deterioração pela ação humana.

#### **5.4. Antes e depois do temporal.**

A guerra contra o Império durara dez anos, mas finalmente acabara. Os habitantes da província de São Pedro do Rio Grande do Sul podiam, enfim, respirar aliviados. Afinal, uma guerra sempre traz um acréscimo quase insuportável de dor à existência; ainda mais as longas, ainda mais as fratricidas. Agora, de um lado e de outro era preciso juntar forças e “organizar a casa”. O Barão de Caxias, empenhado no papel de líder da pacificação, ainda era o presidente e o imperador menino, já moço e casado, veio até o sul para assegurar, pessoalmente, seu perdão aos revoltosos e os prêmios aos seus fiéis.<sup>678</sup> A mui leal e valorosa cidade de Porto Alegre, capital e bastião dos legalistas, assim como o resto da província, teria, no entanto, de reerguer-se dos pesados

---

<sup>677</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M26 – 1855 – Saúde Pública.

<sup>678</sup> O então Barão de Caxias, depois Duque, foi presidente da Província do Rio Grande do Sul em duas ocasiões: em 1842-1846 e em 1851-1855.

anos de conflito, e superar as enormes perdas econômicas, políticas e humanas legadas pela Farrroupilha.

Toda a região estava empobrecida e devastada. Sua principal riqueza, os amplos rebanhos de bovinos, encontrava-se dispersa ou dizimada, atacada por epizootias ou do outro lado da complicada fronteira com o Uruguai. A população, massacrada pela guerra, pela escassez, pelos recrutamentos de homens e gêneros, também não estava em melhores condições. Porto Alegre, que havia sido tomada e, depois, longamente sitiada pelos farroupilhas, também sofreu as desastrosas conseqüências econômicas legadas pela Revolução. Mesmo assim, a cidade conseguiu iniciar um lento e contínuo crescimento. Suas posições privilegiadas de capital leal ao imperador e porto de importância crescente fizeram dela um chamariz para a população interiorana e para muitos imigrantes no período pós-guerra.

Nos últimos anos da década de 1840, a cidade de Porto Alegre ainda mantinha o ar bucólico que encantara alguns de seus visitantes mais de dez anos antes.<sup>679</sup> Vista do sul, o casario debruçava-se pitorescamente de uma colina sobre uma enseada “coberta de navios” e, dali, era possível observar inúmeras ilhotas muito arborizadas, que por vezes desapareciam nas enchentes, e onde moravam algumas famílias em casas sobre estacas. O belga Alexandre Baguet, que por aí passou em 1845, escreveu ter visto o seguinte:

“(...) de um lado, a cidade e a baía e, do lado oeste a vista se estende sobre campos verdejantes, ligeiramente ondulados, embelezados por casas de lazer com seus quintais plantados de laranjeiras, bananeiras, palmeiras, cercados de sebes sempre verdes e semeados de flores de todos os matizes. O ar é tão puro e transparente que avista-se ao longe, a cerca de quinze léguas de distância, a Serra Grande”<sup>680</sup>.

A descrição coaduna com a aquarela feita em 1852 pelo mercenário alemão Hermann Rudolf Wendroth, e por essa época já se podia ver, no alto da colina, a Santa Casa de Misericórdia como uma das maiores construções da cidade.

Mais de perto, porém, a cidade tinha seus problemas. Nos dias de chuva, por exemplo, as ruas em ladeira para a praia ficavam intransitáveis e o lodo e o lixo, jogado “porta afora” das casas, misturavam-se em cascatas que desciam rumo ao Guaíba.<sup>681</sup>

---

<sup>679</sup> Ver SAINT-HILAIRE, A. *Op cit.*, 1987; ISABELLE, A. *Op cit.*, 1983; e NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Op cit.*, 2004.

<sup>680</sup> BAGUET, A. *Viagem ao Rio Grande do Sul*. Tradução de Maria Alves Müller. Santa Cruz do Sul: Edunisc / Florianópolis: Paraula, 1997, p. 112.

<sup>681</sup> Ver PORTO ALEGRE, A. (1848-1926). *História Popular de Porto Alegre*. Porto Alegre: Unidade Editorial, 1994, p 18.

Aliás, toda a margem para a qual dava o porto vinha se tornando cada vez mais nauseabunda. Desde 1830, quando a Câmara de Vereadores havia determinado que os despejos de lixo *deviam* ser feitos no rio<sup>682</sup>, o aspecto e o cheiro da região portuária pioravam ano a ano. Muito embora, a determinação não fosse cumprida por todos os moradores (dava menos trabalho jogar as sujeiras pelas portas e janelas).<sup>683</sup> De fato, isso era tão somente o normal numa época em que os rios eram muitas vezes vistos como práticos esgotos legados pela Natureza aos homens<sup>684</sup> e, provavelmente, as pessoas eram acostumadas com o odor característico e o visual pouco atrativo que estas margens deviam ter.<sup>685</sup> Entretanto, no caso de Porto Alegre, o Guaíba era também a sua principal fonte de abastecimento. E isso complicava bastante a situação dos habitantes.

Na verdade, essa não era uma situação recente, pois se arrastava desde fins do século XVIII o problema do abastecimento de água potável para a população. Já em 1780, os vereadores haviam concordado sobre a necessidade de se construir um segundo poço dentro dos muros da vila para acompanhar o que já existia do lado de fora, além de ordenar que se franqueassem algumas fontes particulares ao público. O lugar onde seria construído esse segundo poço foi, no entanto, motivo de muitas brigas entre os administradores da cidade, em especial, entre o governador e o procurador da Câmara, que acabou sendo preso por contrariar o primeiro. A solução parece ter surtido pouco efeito, pois o poço que ficava dentro dos muros foi considerado, anos depois, pela mesma Câmara, como inútil para a população em função da má qualidade da água e por estar no meio da rua atrapalhando o trânsito.<sup>686</sup> Porém, não vamos nos deixar seduzir pela explicação fácil da falta de fontes ou poços. Afinal, se estes eram poucos, era também porque jamais as águas que cercavam a cidade foram desprezadas como local de abastecimento.

---

<sup>682</sup> Existe um longo debate, no qual não se entrará, sobre qual a denominação correta do Guaíba, se lago, rio ou estuário. Assim, neste trabalho, usarei as palavras que encontradas mais geralmente nos documentos pesquisados. Nestes, o Guaíba é, na grande maioria das vezes, tratado por rio e, por vezes, denominado lago de Viamão. Para informações geográficas a cerca do Guaíba, ver FLÓRES, M. Origem e fundação de Porto Alegre, in DORNELLES, B. (org.). *Porto Alegre em destaque: História e Cultura*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004, p. 11 e ASSIS, K. B. *O rio que não é rio*. Porto Alegre: Globo, 1960, p. 14-17.

<sup>683</sup> FRANCO, S. da C. *Op.cit*, 1998, p. 247.

<sup>684</sup> AZEVEDO, A. de. *Revista Comemorativa do Primeiro Centenário da Cidade de Santa Maria da Boca do Monte (1914)*. Edição Fac-símile em CD. Santa Maria: AHSM / Prefeitura Municipal, 2001, p. 75.

<sup>685</sup> Ver sobre a acomodação aos cheiros CORBIN, A. *Op cit.*, 1987.

<sup>686</sup> FRANCO, S. da C. *Op cit*, 1998, p. 17.

Em fins dos anos 1840, porém, os detritos nas margens haviam aumentado muito e começaram a preocupar alguns moradores e os administradores da cidade, pois, para eles as águas estavam ainda boas, apenas cada vez mais longes da margem. Como a Câmara já havia mandado fazer em 1839, o Presidente da província, Barão de Caxias, ordenou em 1845 que:

“Não havendo nesta cidade fontes públicas ou outros mananciais donde possam seus habitantes fornecerem-se de boa água, e **mostrando a experiência que quase todas as moléstias** que afligem seus moradores **provêm** em parte **da impureza das águas**, apanhadas nas praias cheias de imundícies; e convindo por isso que se construíssem pontes de madeira pelo rio dentro, a fim de abastecer a cidade de água potável, ordenei (...) que na praça do Mercado, em seguimento da Rua Bragança se construísse uma destas pontes com 200 palmos rio dentro”.<sup>687</sup> (Grifos meus).

Os comentários de Caxias são bastante significativos e estão em acordo como que foi escrito por muitos de seus sucessores e também com as listas de mortalidade – que apontavam as moléstias gastro-intestinais causadas pela má qualidade da água dentre as mais mortíferas – elaboradas pelos Provedores da Santa Casa (cargo, aliás, que Caxias exercia nesta mesma época). O abastecimento de água potável já era um problema de proporções preocupantes neste período e sua tendência foi sempre agravar-se. Tal fato é ainda mais expressivo se tivermos em mente a natureza das moléstias gastro-intestinais com que conviviam os habitantes de Porto Alegre e a forma como se dá o ataque do cólera epidêmico. De fato, a compreensão destes elementos é de grande importância para que se possa analisar as respostas sociais dadas à epidemia pela população.

É interessante perceber, porém, que apesar das preocupações com o ambiente e suas relações com as doenças de que padeciam os habitantes de Porto Alegre, mantinha-se ainda por essa época a idéia de que a vida no extremo sul do Brasil, mesmo na capital da província de São Pedro, corria “sem maiores cuidados”. De fato, toda uma literatura de cronistas, viajantes e observadores da região assegurava não haver no país melhor clima, melhores ares que os do Rio Grande do Sul.<sup>688</sup> Até mesmo os médicos e os práticos convocados pelo presidente, em 1853, a prestarem informações sobre o estado sanitário da província, pareciam concordar que essa descrição fora real pelo menos até a época da revolução.<sup>689</sup> Embora não faltassem moléstias, essas eram pouco graves, não se conheciam epidemias de larga escala, a morte por doença não parecia atingir níveis

---

<sup>687</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Barão de Caxias – 1846 – A 07.02.

<sup>688</sup> Sobre esse assunto ver WITTER, N. *Op. cit.*, 2005a.

<sup>689</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M 24 – 1853.

inquietantes. A fora a guerra, ou se comparada com os tormentos nosológicos de outros lugares, a província de São Pedro possuía, ao menos na opinião dos contemporâneos, um estado sanitário bastante lisonjeiro.

Após as grandes epidemias que marcaram a segunda metade do século XIX, em Porto Alegre e na província do Rio Grande do Sul<sup>690</sup>, esta concepção, que enfatizava uma benfazeja cooperação do ambiente da região com a saúde humana, sofreu alguns reveses, mas ainda assim manteve, de forma genérica, sua popularidade. Contudo, a ocorrência da epidemia de cólera, de 1855, pareceu varrer dos documentos por alguns anos, os discursos sobre a proverbial salubridade do Rio Grande do Sul. Em seu lugar, encontramos a preocupação em sanar, com rapidez, os pontos considerados críticos na salubridade urbana; e de criar uma organização estatal possível de ser acionada em caso de necessidade.

“Considerando que a estação calmosa e ardente, em que ora somos entrados, poderia favorecer o desenvolvimento da epidemia em presença de certas causas locais, e especialmente pela falta de limpeza e asseio da cidade, em razão das imundícias, monturos, e águas estagnadas, acumuladas em algumas praças, ruas, praias, e quintais; sob a representação da Comissão de Higiene Pública, tomei algumas providencias que me pareceram mais urgentes, nomeando logo uma comissão especial de 5 membros, composta do Dr. Chefe de polícia, do presidente da câmara municipal, do da comissão de higiene, do chefe da sessão de obras públicas, e de mais 1 facultativo, para proporem à presidência a adoção de medidas preventivas, que mais próprias lhe parecessem”.<sup>691</sup>

As “medidas preventivas”, com base nas sugestões da Comissão de Higiene, tomadas pela Presidência da província foram às seguintes.<sup>692</sup> Instar a municipalidade – a quem, segundo o governo provincial, cabia o serviço – a organizar um sistema para realizar o asseio e limpeza da cidade. Exigir que todos os médicos que estivessem listados na província comunicassem qualquer caso que de longe pudesse significar a ameaça do cólera ou qualquer doença epidêmica e contagiosa.<sup>693</sup> Mandar preparar um fundo com roupas, medicamentos, utensílios e outros objetos que fossem necessários para acudir a população, caso a epidemia retornasse. Outra das medidas tomadas, considerada de suma importância pelo Presidente Jerônimo Coelho, foi a elaboração de um Regulamento de Salubridade Pública. Sobre este é interessante se notar duas coisas.

---

<sup>690</sup> Em especial, as de Cólera em 1855-6 e 1867 e de varíola em 1863 e em 1875 (esta última, bem mais grave que a anterior). Também se registram pequenos surtos localizados de febres diversas, disenterias, escalatina, sarampo, etc.

<sup>691</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Jerônimo Francisco Coelho – 1856 – A 07.03.

<sup>692</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27 – 1856 – doc. de 31 de agosto de 1856.

<sup>693</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27, 1856.

A primeira é que Jerônimo Coelho, embora não tenha enfrentado o cólera no Rio Grande do Sul (o Presidente durante a epidemia era o Barão de Muritiba), ele o tinha enfrentado no Pará, a primeira província do Brasil a ser atingida pelo mal, em meados de 1855. Sua referência, em seu relatório, ao que a experiência da epidemia tinha ensinado, portanto, não é casual.

Por outro lado, é interessante perceber o esforço do Regulamento em criar uma estrutura de serviço hierárquica, embora não permanente, mas que pudesse ser ativada prontamente. Vemos aqui o desenho de uma organização do que se poderia chamar de um “sistema de Saúde Pública”. É certo que seu caráter não permanente não o configura como um ramo de serviço colado a ação estatal. Conforme vimos no terceiro capítulo, a Saúde Pública permaneceu como um ramo das despesas e não dos investimentos diretos do governo imperial. O fato desta estrutura ser condicionada a existência de uma situação de perigo acaba por fim, tornando-a muito mais próxima do entendimento que, à época, se tinha dos Socorros Públicos do que de nossa moderna compreensão de Saúde Pública. Contudo, a tentativa de impor método e regulamentação à ação em tempos de epidemia contribui, sem dúvida, para o fortalecimento da ligação entre o Estado e a sustentação da saúde da população. Sobre o Regulamento, afirma Jerônimo Coelho:

“Nele procurei regular todos os ramos dessa classe de serviços, combinando-os de modo que em diferentes épocas, e segundo a variedade das circunstâncias, todos os serviços se executem sem a atropelação e com ordem, designando-se a cada um o seu posto e suas respectivas funções, sabendo cada qual o que lhe cumpre fazer, ou a quem cumpre recorrer, e garantindo a todos os indispensáveis socorros, que só aproveitam empregados a tempo”.<sup>694</sup>

Embora o Regulamento tenha permanecido em vigor nos anos subseqüentes vemos apenas dois dos sucessores de Jerônimo Coelho se referirem ao fato de tê-lo acionado em caso iminente de males epidêmicos. Patrício Corrêa Câmara o faz no ano seguinte à imposição do Regulamento, 1857, e novamente em 1862.<sup>695</sup> No primeiro caso, em razão de uma epidemia de Câmaras de Sangue<sup>696</sup> na vila de Caçapava, e no segundo, o medo de que casos de colerina, em Rio Grande, se desenvolvessem em cólera fez com que novamente o Regulamento fosse colocado em vigor. Depois, o

---

<sup>694</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Jerônimo Francisco Coelho – 1856 – A 07.03. O Regulamento encontra-se, completo, ao final do Relatório.

<sup>695</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1857 – A 07.03; AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1862 – A 07.07.

<sup>696</sup> Diarréia hemorrágica segundo o LANGAARD, T. J. H. *Op cit.*, 1869.

Regulamento de Salubridade Pública somente volta a ser mencionado em 1867, sob a administração de Francisco Ignácio Marcondes Homem de Mello, quando da ocorrência de uma nova onda epidêmica do cólera, a qual atingiu Porto Alegre, mas mais fortemente: Rio Grande, São José do Norte, Pelotas, Jaguarão, Aldeia, Belém, São Leopoldo, São Jerônimo, Triunfo, Taquari e Rio Pardo.<sup>697</sup>

As outras ações da Presidência no pós-epidemia voltaram-se especialmente para o que havia de visível em termos de insalubridade e que, de acordo com as crenças da época, atuaria como causa e como potencializador da ação do mal epidêmico. Controle de alimentos e bebidas adulterados e vendidos nas feiras e vendas foi um dos pontos de atenção, onde atuou com força a Comissão de Higiene Pública. A limpeza dos monturos urbanos de lixo e o dessecamento das vias tiveram aí também um lugar importante na economia higiênica da época e, por isso, parte da energia empregada pela administração para evitar a volta do cólera voltou-se para ela. A outra parte desta força será dedicada ao problema que há décadas torturava a capital da província: a falta de água potável.

“Com efeito, a água impura que grande parte da população colhe no rio à curta distância de praias imundas, ou as águas pela maior parte salobas das poucas fontes, que a exceção da do Riacho, pertencem à particulares que as vendem ao público, são os únicos recursos desta populosa cidade. Esta impureza e má qualidade das águas devem necessariamente produzir moléstias graves, e notavelmente as gástricas, e intestinais; e assim (...) é necessidade imperiosa e urgente providenciar sem demora a esse respeito, atendendo que dar água pura ao povo é garantir-lhe um alimento de vida”.<sup>698</sup>

Seguindo esta indicação, Jerônimo Coelho pôs em ação um processo de avaliação dos mananciais de água da capital, com vistas a melhorar o abastecimento da população. As análises químicas mandadas fazer pelo Presidente avaliaram que as únicas fontes que não continham “senão muito pequena dose de sais solúveis,” eram o próprio rio que circundava Porto Alegre, e o manancial denominado Cascata. O relatório ainda destacou duas pequenas fontes particulares: a dos Telles e a dos Freitas, ambas, porém, sem a capacidade de fornecerem grande quantidade de água por um tempo muito prolongado. Todas as outras fontes foram consideradas como tendo águas salobas.

---

<sup>697</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Francisco Ignácio Marcondes Homem de Mello – 1867 – A 07.09.

<sup>698</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1857 – A 07.05.

No capítulo Obras Públicas, desse mesmo relatório, é possível acompanhar os trabalhos da administração em facilitar o acesso da população às fontes seguras e em melhorar o fornecimento da água da fonte da Cascata. O rio, no entanto, continuava a ser o maior problema. As margens imundas era a garantia de que se precisaria de uma ação pontual para impedir que as águas de beber fossem tomadas destas regiões insalubres. O recurso as pontes que entravam rio adentro era viável, mas não dava segurança de que fosse um recurso a ser usado pela população. A água era muitas vezes recolhida por escravos, libertos e livres pobres que a vendiam pelas ruas e casas da cidade e não havia como controlar a forma como estas eram coletadas. Nos relatórios da Comissão de Higiene Pública aparecem reclamações sobre o tamanho das pontes, isto é, a longa caminhada que estas demandavam para que se obtivesse água pura. De outro, também é possível encontrar as discussões entre os médicos da Comissão e os Vereadores do município acerca dos lugares que deveriam ser marcados para os despejos e para as lavagens de roupas. Em geral, a Comissão se punha contra ao que a Câmara decidia e implementava nas Posturas Municipais.<sup>699</sup>

A leitura da documentação que se segue ao período da epidemia de cólera de 1855 no Rio Grande do Sul me permitiu, assim, inferir algumas conclusões acerca das respostas organizadas por esta sociedade e por seus administradores. A primeira e mais óbvia delas é que, no geral, a avaliação das causas da moléstia não difere muito do que é possível encontrar em outros lugares do Brasil e do mundo. As noções de miasmas e emanações deletérias continuam firmes a sustentar os discursos dos que viam na higienização das áreas insalubres a única forma de se impedir a ocorrência das grandes epidemias. Além disso, esse primeiro Relatório pós-cólera trás clara a marca de um burocrata do Império, Jerônimo Coelho, que após viver duas realidades diferentes e geograficamente extremas da epidemia tenta elaborar uma administração voltada para uma ação efetiva sobre os pontos críticos do espaço ao seu redor. Esta disposição confirma o que tem sido apontado por grande parte dos estudos sobre epidemias.<sup>700</sup>

Estas conclusões tanto confirmam o roteiro geral proposto por Charles Rosenberg quanto à influência da chamada *agenda pré-existente de questões* na regulação das escolhas sociais de interpretação da doença. Como vimos, a preocupação

---

<sup>699</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27, 1856.

<sup>700</sup> BALDWIN, P. *Op cit.*, 1999; CHALHOUB, Sidney. *Op cit.*, 1996; CUETO, M. *Op cit.*, 1997; DELAPORTE, F. *Op cit.*, 1986; \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1995; PORTER, D. *Op cit.*, 1999; RANGER, T. and SLACK, P. (eds) *Op cit.*, 1992; ROSENBERG, C. *Op cit.*, 1987(1962); \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1992; EVANS, R. *Op cit.*, 1987.

com o abastecimento de Porto Alegre era antiga e, embora os contemporâneos nunca tenham deixado de apontar a sujeira das ruas e o descarte de dejetos como um problema para a saúde pública local, a falta de água potável esteve quase sempre à frente em seus discursos. O próprio Jerônimo Coelho garante que colocou a maior parte de sua atenção neste problema por ser ele o mais evidente da cidade.

Mais reveladores ainda são os relatórios de seus sucessores. Embora a não ocorrência de uma nova epidemia poderosa como fora o cólera tenha gradualmente diminuído o espaço dado à saúde pública nos relatórios dos Presidentes da província, o que aparecia era muito significativo. Chamo a atenção para o que estes apontavam como principal *causa mortis* da população da capital. O exemplo é do Relatório do Presidente Ângelo Moniz da Silva Ferraz, mas as mesmas palavras são encontradas nos relatórios posteriores.

“Moléstias mais frequentes na capital, conforme os professores do Hospital de caridade:

- em 1º as do tubo intestinal;
- em 2º as dos tubérculos pulmonares.

“E, como consequência desta última, as febres tifóides, que nestes últimos tempos tem atacado grande número de pessoas, o que antigamente era raro”.

Causas apontadas:

- 1ª - péssima qualidade da água que bebem as pessoas das classes menos abastadas e pobres;
- 2ª - a corrupção dos gêneros alimentícios de que usam as mesmas classes;
- 3ª - o ar corrompido em virtude das exalações mephiticas de materiais lançados nas margens dos rios e outros lugares”.<sup>701</sup>

Nos anos subseqüentes esta mesma avaliação se repetiu. As chamadas “afecções gástricas” continuaram ocupando o primeiro lugar nas estatísticas de mortalidade da capital e a água de má qualidade continuou a ser o culpado número um. Nos verões, foi possível encontrar documentos em que o presidente da Comissão de higiene pedia ao Presidente da província para que se proibisse a venda de frutas verdes nos mercados. Bem como encontrei pedidos para que o Bispo liberasse o consumo de carne na semana santa, como forma de impedir casos de indigestão que evoluíssem no sentido de

---

<sup>701</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Ângelo Moniz da Silva Ferraz – 1858 – A 07.05.

afecções gástricas, diarréia, colerina, cólera.<sup>702</sup> Parece claro aqui que não bastava apenas evitar o regresso do cólera vindo de fora da província. Após a chegada da doença, esta passa a ser percebida dentro do espectro de moléstias da região, logo ela retornaria caso houvesse elementos que a favorecessem irromper mais uma vez. Nesse sentido, as formas de consumo da população apontavam para perigos claros que deveriam ser sanados, especialmente na chamada estação calmosa, ou seja, o verão.

Analisando o material vindo da Comissão de Higiene se pôde perceber que este apontava no mesmo sentido que a documentação principal da Presidência da província, ou seja, buscava elaborar ações diretas sobre os pontos críticos do espaço urbano. Contudo, sua maior preocupação parecia, inicialmente, se voltar para a limpeza da cidade. Seguiram muitos debates entre a Comissão e a Câmara Municipal sobre como deveriam ser organizados os serviços de limpeza urbana. O resultado destes debates, porém, foi que: o que acabou sendo efetivamente instalado nunca funcionou como se previa ou desejava, fosse pela falta de funcionários, fiscais ou de equipamentos adequados para o serviço.<sup>703</sup> Em 1859, o Dr. Ubatuba, ainda na presidência da Comissão de Higiene Pública, avalia de seguinte forma o estado sanitário de Porto Alegre.

“Os melhoramentos que têm recebido a Capital não podem deixar de ter influído beneficemente no estado sanitário, porém muito ainda se há a fazer. As matérias escrementárias, lixos, ainda são lançadas nas praias, ruas e praças. Os lugares designados pela Câmara para tais despejos não ofereceram comodidade pública, nem utilidade, e por isso devem de ser escolhidas outras, onde, enquanto não se estabelece os veículos de condução para serem lançados longe da cidade, se façam fossas que sejam desinfectadas. A água como elemento indispensável e de primeira necessidade influíu poderosamente no estado sanitário, e nem todos podem deixar de fazer uso da do rio, porém infelizmente esta urgente necessidade não tem sido convenientemente atendida, e desse descuido resultam graves moléstias, principalmente gástricas, que sofre o povo, e que o dizima como se exterminasse um país, cujas condições higiênicas fossem mais precárias”.<sup>704</sup>

Somente entre 1860 e 1861, a principal causa das reclamações acerca da insalubridade de Porto Alegre recebeu uma resposta mais efetiva. Foi criada a Companhia Hidráulica Portoalegrense. Os meandros desta criação e do trabalho feito em torno do que Jean-Pierre Goubert denominou de “conquista da água” são certamente assunto para uma outra tese, a qual, a meu ver, poderia incluir o duplo processo de fornecimento de água potável e de escoamento de águas servidas.<sup>705</sup> De fato, a criação

---

<sup>702</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27, 1856 – doc. de 12 de março de 1856.

<sup>703</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M27, 1856 – doc. de 5 de agosto de 1856.

<sup>704</sup> AHRS – Correspondência dos Governantes: M30, 1859 – doc. de 3 de outubro de 1859.

<sup>705</sup> GOUBERT, J. P. *La conquête de l' eau*. Editions Robert Laffont, 1986.

do sistema de esgotos da capital não só levou ainda 20 anos para ser concluído, como também gerou não poucos conflitos na cidade. Isso incluiu até mesmo um processo por lesões corporais, em 1883, devido a brigas entre os partidos na Câmara dos Vereadores por causa do fato.<sup>706</sup>

O que interessa perceber aqui é que entre os caminhos a seguir e as respostas possíveis a serem dadas à epidemia de cólera, governo e sociedade optaram pelo que era considerado mais determinante da condição insalubre da cidade há muito tempo. Sua relação com as águas do rio. Creio que a semelhança entre o cólera e as doenças tradicionalmente atribuídas ao consumo de água de má qualidade tenha influído no sentido de muitos contemporâneos verem, na instalação de uma hidráulica, a ação mais eficaz para evitar novas epidemias.<sup>707</sup> A leitura da documentação enviada ao Presidente da província nos anos subseqüentes a 1855 mostra o quanto o medo do retorno do cólera perdurou. Alertas sobre a ocorrência de colerina e diarreia “epidêmica” continuaram a aparecer regularmente nas fontes como possibilidades da volta do flagelo.<sup>708</sup>

Observando os elementos que foram traçados nos capítulos anteriores e neste, é possível afirmar que a opção pela hidráulica, além de sua vinculação com as escolhas próprias da época, também respondia às formas como as moléstias eram vivenciadas naquela sociedade. Seria, por exemplo, anacrônico pensar que num mundo onde os tratamentos eram principalmente fornecidos na casa dos enfermos, que a escolha fosse recair no incremento de hospitais ou enfermarias. Por outro lado, servia de forma bastante eficaz aos “honrados senhores filantrópicos” unirem-se à benemérita cruzada para fornecer água pura ao povo da capital. Além disso, o discurso médico se fazia reforçado ao associar a implementação da hidráulica com a “civilização dos costumes” em termos de higiene e salubridade.

---

<sup>706</sup> APRS – Cível e Crime: Sumários do Júri – Porto Alegre: M106, N.1066, 1883.

<sup>707</sup> As outras causas relacionadas com a esse tipo de enfermidade eram o consumo de frutas verdes e de alimentos adulterados. A ação sobre estas se configurou na fiscalização diligente nos mercados, mantida pela Comissão de Higiene Publica. AHRs – Correspondência dos Governantes: M27, 1856; AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1857 – A 07.05.

<sup>708</sup> AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1857 – A 07.05; AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Ângelo Moniz da Silva Ferraz – 1858 – A 07.05; AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Joaquim Antão Fernandes Leão – 1859 – A 07.06; AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Joaquim Antão Fernandes Leão – 1860 – A 07.07; AHRs – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Patrício Corrêa Câmara – 1861 – A 07.07; AHRs – Correspondência dos Governantes: M27 (1856), M28 (1857), M29 (1858), M30 (1859).

A prova disso aparece mais claramente em 1867, quando uma segunda epidemia de cólera finalmente atingiu o Rio Grande do Sul. A mortalidade na capital, desta vez foi claramente menor que a da incursão anterior da doença.<sup>709</sup> Apenas 270 pessoas pereceram nesta epidemia, numa época em que a capital contava com cerca pouco mais de 40 mil habitantes.<sup>710</sup> Sem dúvida uma mortalidade bem menos significativa que os 10% de vidas que haviam sido ceifadas em 1855-6. Os discursos e explicações do porque deste fato que foram encontrados na documentação são praticamente unânimes em apontar a implantação da Hidráulica e sua forma de ação durante a epidemia foram fatores determinantes dessa vitória contra o flagelo.

“A companhia hidráulica – Porto-Alegrense – a convite da Presidência, não só franqueou gratuitamente a água de seus chafarizes à população, como autorizou aos proprietários a ceder de suas penas a água que fosse pedida pelos vizinhos durante a epidemia.

E convindo estender esse benefício à todas as classes necessitadas, para produzir todos os seus efeitos em bem da saúde pública, providenciou-se convenientemente para a distribuição gratuita da água dos chafarizes pelas casas dos que não pudessem buscá-la fora.

Este serviço foi muito satisfatoriamente desempenhado pela Câmara Municipal e pela polícia, cuja ação foi eficazmente auxiliada pela filantropia particular”.<sup>711</sup>

Tendo em mente o fato de que a teoria sobre a transmissão do cólera, de John Snow, ainda não era universalmente aceita,<sup>712</sup> o crédito dado à ação da hidráulica parece estar, na compreensão dos contemporâneos, mais ligada a forma como as doenças gástricas faziam parte da experiência da cidade. Se a hidráulica exerceu todo o alcance do papel que lhe atribuíram seus contemporâneos? Bem, acredito que esta resposta mereça um estudo só dela.

O que se pode, porém, afirmar é que a epidemia de cólera não passou por Porto Alegre deixando apenas um rastro de morte. Seu ataque colocou em xeque questões importantes para a vida na cidade e as reflexões sobre estas questões trouxeram modificações para os porto-alegrenses, ainda que a longo prazo. Embora, como afirmam

---

<sup>709</sup> Ver <http://www.fundacaosaosebastiao.org.br/literatura/cólera.php>, acessado em 22 de setembro de 2005.

<sup>710</sup> Estas informações foram retiradas respectivamente do: AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Francisco Ignácio Marcondes Homem de Mello – 1867 – A 07.09; e do têm base no censo de 1872 que aponta uma população de 43.998 habitantes para Porto Alegre, FEE. *Op cit.*, 1981, p. 81.

<sup>711</sup> AHRS – Relatórios das Falas dos Presidentes de Província – Francisco Ignácio Marcondes Homem de Mello – 1867 – A 07.09.

<sup>712</sup> KOIFMAN, S. Apresentação da segunda Edição Brasileira, in SNOW, J. *Op cit.*, 1999, p. 13-26.

alguns estudos internacionais, como os de Pelling<sup>713</sup>, a mortalidade causada pela epidemia de cólera tenha sido numericamente pouco expressiva se compararmos com outros lugares ou mesmo com outros tipos de moléstia, não é esse o fato que se coloca aqui em questão. O importante, me parece, é ver como os contemporâneos viveram e reagiram àquela moléstia específica. Como esta esteve presente nos medos futuros e nas decisões que foram tomadas no sentido de evitar o retorno do flagelo. Como Rosenberg e Evans afirmaram, o grande impacto do cólera é sentido mais fortemente nas reações que ele provocou após a sua passagem.<sup>714</sup> Não quero dizer com isso que se deva retornar à leitura das epidemias através da metáfora da modificação social, criticada por Calvi.<sup>715</sup> Minha afirmação vai ao sentido de que o impacto emocional de uma epidemia (tanto quanto seus números de obituário) *pode* gerar debates, ações e até mesmo modificações mais, ou menos, sutis em uma sociedade. Seu poder principal é o de trazer à tona problemas, males e questões que já existem no universo atacado. As epidemias os tornam mais visíveis, os aprofundam, os revalorizam diante dos olhos dos seus contemporâneos. Cada sociedade reagirá a este impacto de acordo com suas especificidades, sua história e o contexto tecnológico, moral e político em que vive. O que vimos aqui, foi a maneira de Porto Alegre.

---

<sup>713</sup> PELLING, M. *Op cit.*, 1978 .

<sup>714</sup> ROSENBERG, C. *Op cit.*, 1987(1962); \_\_\_\_\_. *Op cit.*, 1992; EVANS, R. *Op cit.*, 1987

<sup>715</sup> CALVI, G. *Op cit.*, 1986.

## Conclusão

Um período de epidemia pode ser analisado por si mesmo, pelas mudanças que provocou ou em comparação com outros períodos semelhantes numa mesma sociedade ou em sociedades diferentes. Em qualquer destes casos, o que importa é a capacidade que eventos como esse demonstram para elucidar as formas de organização das sociedades do passado, bem como a maneira como estas lidaram com suas principais fontes de aflição: a doença, o conflito social e a morte. Assim, o impacto de doenças epidêmicas, como o cólera, sobre o imaginário e a memória coletivos, tanto quanto a mortalidade causada por elas, trás ao pesquisador a possibilidade de compreender as escolhas e respostas de uma dada sociedade em um determinado momento de sua história.

Por outro lado, a busca em tentar determinar o cenário existente antes da epidemia, para além dos discursos médicos e oficiais, permite uma reavaliação das formas de agir dos sujeitos durante e após o caos epidêmico. De fato, assim como os *sofredores*, os curadores e os governantes moldaram suas ações de forma a responder a epidemia de acordo com os horizontes sociais, científicos e políticos do mundo em que viviam. Embora, de acordo com a literatura especializada, as epidemias tenham provocado reações semelhantes em suas passagens pelos diferentes grupos humanos, essa atenção ao cenário sobre o qual estas se desenrolaram demonstra, antes de tudo que, mesmo seguindo um padrão, os flagelos epidêmicos não se estenderam sobre espaços vazios. Uma sociedade não perde sua identidade apenas por estar sendo assolada por uma doença de grandes proporções. Isso não nega a presença do medo ou da desorganização social provada pelos flagelos epidêmicos, mas demonstra que ambos somente serão vividos dentro dos quadros já existentes no universo analisado. Assim,

uma história sobre uma epidemia não é somente uma história sobre uma doença pestilenta, mas, principalmente, a história do povo que a viveu e de como ele a viveu.

Na cidade de Porto Alegre de meados do século XIX, o cólera se estendeu sobre um universo já assombrado pela mortalidade ligada às doenças do aparelho digestivo e constantemente atormentado pela falta de água de boa qualidade. Para os contemporâneos, esse dois elementos estavam irremediavelmente conjugados e a vivência do cólera apenas os associou ainda mais. Ao mesmo tempo em que tornou mais urgente a necessidade de buscar soluções que, pela própria experiência, boa parte daquela sociedade acreditava que seriam as mais eficazes para afastar o perigo de uma nova incursão do flagelo.

Todavia, não se pode esquecer que o cólera chegou ao Brasil em um momento médico-político importante e redefinidor do entendimento do que seria a Saúde Pública e em que medida governo, população, médicos e seus congêneres seriam aí incluídos. A partir do impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, no verão de 1849-50, o governo imperial brasileiro aprofundou o processo de debates sobre a constituição desta política de atuação junto à população. O advento do cólera manteve vivo o interesse e a necessidade dos debates sobre o que viria a constituir a Saúde Pública, não apenas na corte, mas em todo o Brasil. A Junta Central de Higiene, na corte, e as Comissões de Higiene Pública, nas províncias, representaram o papel de avaliar e sugerir medidas, por vezes, as executando. A ação das Comissões, no entanto, se manteve sujeita aos governos regionais e, em alguns casos, viu-se obstada pelo poder das Câmaras, em matéria de saúde, nas ações sobre os municípios. No caso da província do Rio Grande do Sul, as principais disputas se deram exatamente com a Câmara Municipal da capital Porto Alegre. De fato, o esforço dos membros da Comissão em se fazerem presentes nas decisões governamentais não pode ser nem superestimado nem desacreditado por completo. A Comissão não constituía nem em um órgão todo poderoso nem em uma repartição sem qualquer função prática ou relevante. Os documentos analisados neste trabalho demonstram que a Comissão de Higiene trabalhou constantemente para marcar sua posição e assumir-se como a repositória do que considerava serem as verdades científicas. Lutando ainda, ativamente por ocupar um espaço significativo na construção institucional da Saúde Pública naquele momento da história do Império Brasileiro.

Se, por um lado, a discussão sobre o que viria a ser a Saúde Pública apenas se iniciava, por outro, ela se processava sobre um mundo onde as concepções sobre a doença e as formas como essa experiência era vivida era, em pelo menos dois aspectos, diferente daquilo que reconhecemos hoje em nosso cotidiano. Primeiro, a enfermidade era vivida, muito mais do que hoje, de forma coletiva, no sentido de que envolvia nesta experiência todos os que estivessem próximos ao doente de uma forma muito mais interativa que as formas modernas. O espaço de sofrimento do doente incluía, assim, quase todos aqueles com quem ele se relacionava. Segundo, o principal centro de tratamentos e cuidados da saúde era a casa daqueles que adoeciam e a dependência do tratamento hospitalar refletia, na maioria das vezes, o abandono ou total miséria do doente.

Em função do primeiro destes pontos, acreditei que a melhor forma de definir o doente e seu grupo de apoio (família, amigos e outros com este se relacionava e trocava solidariedades) fosse através do termo: *sofredores*. Os enfermos tinham constantemente suas ações intermediadas por aqueles que os cercavam e isso me permitiu vê-los como uma categoria, um grupo que agia em busca de um objetivo comum: a retomada da saúde de um de seus membros. Percebendo os doentes dentro desta categoria plural, minha análise se voltou para o fato de que, no século XIX, era igualmente corrente o fato de que um mesmo enfermo poderia vir a ser tratado por um ou mais curadores, estes muitas vezes possuindo, inclusive formações terapêuticas diferentes.

Essa íntima relação entre o enfermo e os que o cercavam era ainda reforçada pela forma principal como as doenças eram tratadas naquela sociedade: ou seja, tendo por centro principal de terapias a casa daquele que adoecia. De forma alguma, quero apontar com isso que tal preferência se basearia no fato de os hospitais serem espaços mal vistos ou pouco eficazes em termos de tratamento. Não. Minha interpretação vai no sentido de que os hospitais ainda não haviam se caracterizado naquela sociedade como espaços de cura. Eles constituíam, antes, espaços de assistência. Local destinado, como aparece na grande maioria dos documentos da época, aos “*pobres enfermos*”. O termo *pobre* não deve ser lido como uma demonstração de piedade daquele que escrevia o texto, mas como uma declaração objetiva. Os hospitais se destinavam àqueles que não tinham condições financeiras ou quaisquer pessoas ao seu redor que fossem capazes de “valê-los”, ou seja, tomá-los ao seu cuidado. No início da segunda metade do século XIX, na província do Rio Grande do Sul, o Hospital era ainda o lugar dos desvalidos.

Daí a importância das Santas Casas, daí a enorme importância que os “homens bons” do Império, seus agentes e burocratas davam ao fato de pertencerem às irmandades e figurarem nas listas de doadores destes estabelecimentos. O outro lado da assistência e da filantropia granjeava também reconhecimento e filiações políticas. Poder “valer” aos “desvalidos” era, naquela sociedade, também um índice de poder.

Isso tornava muito importante para os enfermos a existência de relações que pudessem valê-los em seus períodos de enfermidade e aflição. Essas relações tanto poderiam ser através do reforço dos laços familiares, quando na manutenção de elementos hierarquicamente inferiores, mas capazes de suprir o desamparo do momento de fraqueza. Logo, a presença de alguém – mesmo que sob o jugo da escravidão – que pudesse amparar e socorrer as moléstias era revestida de grande significação nessa época.

Ao trabalhar com estes conceitos se percebe que a população possuía *recursos* de luta contra as enfermidades – saberes, agentes, solidariedades, reciprocidades e, por vezes, instituições – e isso acaba por demonstrar que a *lógica da falta*, sob a qual a saúde da população brasileira, em períodos anteriores ao XX, foi tantas vezes avaliada, precisa ser revista. Tais formas de luta contra as moléstias tinham, portanto, uma forma positiva e efetiva e não se constituíram como alternativa em relação à chamada medicina oficial. Como preocupação cotidiana que era, a doença engendrava terapias, cuidados e prevenções que, por sua vez, estavam na base da escolha dos curadores que tratariam determinado enfermo, mas também na sustentação dos diálogos estabelecidos entre estas duas categorias, fosse no espaço privado, fosse no destinado às ações públicas. A metáfora do mapa dos recursos ou possibilidades terapêuticas (e também as suas variações e sua lógica) serviu aí para que se pudesse divisar o que estava e o que não estava no horizonte dos agentes estudados no período da pesquisa.

No caso da atuação dos curadores neste universo de pesquisa, se percebe que a compreensão de sua inserção social naquele meio é tão importante e explicativa quanto suas habilidades para determinar o local que este ocuparia junto ao leito dos doentes e também a frequência e a forma como eram chamados. Da mesma forma, a diversidade de formação percebida entre estes agentes da cura objetivava responder as diferentes expectativas, visões de mundo e doenças propostas pela diversificada clientela. Tal compreensão demonstra que esta categoria necessita ter estudada, conjuntamente com suas influências culturais e sua atividade terapêutica preferencial, suas formas de

atuação no mundo social. Arvorar-se a curar, naquele universo, estava ligado a uma quantidade de qualificativos que não poderiam ser resumidos a posse de um diploma, da permissão legal, ou do conhecimento de ervas e rituais. Era preciso ter o “bom conceito”. Era preciso deter esta qualidade imaterial feita de sucessos, justificativas para os fracassos, diagnósticos e prognósticos persuasivos. Mas principalmente, era importante aos curadores saberem utilizar do seu poder de cura no universo das trocas sociais. A cura, assim, podia ser entendida como um *dom*. Um bem superior cuja retribuição seria difícil ou quase impossível para aquele que o recebia. Tal leitura permite estabelecer outras formas de conexão na relação entre curadores e *sofredores*. Uma conexão que subverte hierarquias e que pode gerar outras formas de retribuições, igualmente poderosas para seus curadores: a clientela política para os médicos, a liberdade para os curadores e cuidadores escravos e, por vezes, a perseguição em função do poder acumulado pelos curandeiros libertos (certamente inadequados para a estrutura daquela sociedade).

Sobre este mundo, a epidemia de cólera de 1855 se estendeu e fez suas vítimas. Sua passagem trouxe à tona questões que há muito figuravam na pauta de debates dos homens e mulheres que aí viviam. Em resposta a ela e ao medo de seu retorno, a sociedade em questão buscou identificar entre seus problemas – não aqueles criados pela epidemia, mas os antigos, os já cotidianos – os que exigiam ações mais eficazes e cuja solução, acreditavam, evitaria a volta mortífera do flagelo. As noções do que era salubre e insalubre, as concepções de doença, as ações governamentais e a atuação dos curadores compunham o universo onde estas possibilidades de respostas ao mal estavam inscritas. Elas compõem a sua *agenda*, ou, em outras palavras a lista de problemas que persistem mesmo após a passagem do caos epidêmico. Para a cidade de Porto Alegre, as escolhas a serem feitas para sanar estes problemas passavam em grande parte pela ação humana que infectava o meio, outrora salubre e benfazejo. A relação entre a epidemia e as doenças comezinhas apontou para a antiga reivindicação em torno da melhoria do acesso à água potável. E o apelo desta resposta foi tal que a ela se passou a creditar a resistência da cidade até mesmo ao retorno aguardado e temido do cólera, em 1867.

## Fontes

### Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul

**Fundo** – Correspondência dos Governantes.

M18 a M38 – 1843 a 1867

**Fundo** – Relatórios dos Presidentes de Província.

A7.02 a A7.15 – 1845 a 1872

**Fundo** – Religião.

M3 a 6 – 1845 a 1868

**Fundo** – Arquivos Particulares

L41 M6 – Diversos

**Fundo** – Estatística

M2 – Avulsos/ Diversos

### Arquivo Histórico do Município de Porto Alegre Moisés Velinho

- Atas de Vereança – Livros.

### Arquivo Público do Rio Grande do Sul

- 1ª Cível e Crime – Porto Alegre – Sumários do Júri: Processos, M26 (1846 a 1848) a M43 (1867).
- 2ª Cível e Crime – Porto Alegre – Processos-crime: M121 a 123 (1848 a 1853).
- 3ª Cível e Crime – Porto Alegre – Sumários do Júri: Processos, M32 (1860).
- Cartório do Superior Tribunal de Justiça – Porto Alegre – M3 (1861 a 1867).

- Cartório cível (cível e crime) – Alegrete – Inventários: Autos n.º 41, Maço 2, Estante 11 (1860).

### **Centro de Documentação e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto**

#### **Alegre**

- Relatórios dos Provedores – 1855, 1867, 1868, 1872.
- Livro 1ºA Objetos entrados na Botica da SCM (1842-1844).
- Livro 2º de registro dos medicamentos nas 1ª e 2ª enfermarias de medicina (1856-1857).
- Livro 1º de Medicamentos da Polícia (1854-1857).
- Livro 1 e 2 de Matrícula Geral de Enfermos (1845-1855 e 1856-1865).
- Livros 1 e 2 de Atas da SCMPA.

## Bibliografia

ABRÃO, J. S. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*, 1918. Porto Alegre, EDIPCRS, 1998.

ABREU, L. O papel das Misericórdias dos "lugares de além-mar" na formação do Império português. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII(3): 591-611, set.-dez. 2001.

ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *The Bulletin of the History of Medicine*. Vol.22, 1948, pp. 562-93.

ALENCASTRO, L. F. (org.) *História da Vida Privada no Brasil – Império*. Vol. II. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

ANTONACCI, M. A. *et al. RS: economia e política*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1979.

ARAÚJO, A. M. de. *Medicina Rústica*, (1ª ed. 1950), 2ª ed., São Paulo, Nacional, Brasília, INL, 1977.

ARAÚJO, C. da S. *Fatos e Personagens da História da Medicina e da Farmácia no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Continente Editorial, 1979.

ARIÈS, P. *O Homem perante a Morte*. Mem Martins: Publicações Europa-América, 1988.

ARMUS, D. “Queremos a Vacina Pueyo!!!”: incertezas biomédicas, enfermos que protestam e a imprensa – Argentina, 1920-1940, HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ARNOLD, D. Crisis and Contradiction in Indias's Public Health. In PORTER, D. (ed) *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdã, Clio Medica/Rodopi, 1994, pp. 335-53.

ASSIS, K. B. *O rio que não é rio*. Porto Alegre: Globo, 1960.

AZEVEDO, A. de. *Revista Comemorativa do Primeiro Centenário da Cidade de Santa Maria da Boca do Monte (1914)*. Edição Fac-símile em CD. Santa Maria: AHSM / Prefeitura Municipal, 2001.

AZEVEDO, J. *Mapping Reality: an Evolutionary Realist Methodology for the Natural and Social Sciences*. Albany: State University of New York Press, 1997.

BAGUET, A. *Viagem ao Rio Grande do Sul*. Tradução de Maria Alves Müller. Santa Cruz do Sul: Edunisc / Florianópolis: Paraula, 1997.

BALDWIN, P. *Contagium and the state in Europe — 1830-1930*. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

BARRETO, M. R. *Nascer na Bahia do século XIX*. Salvador (1832-1889), Salvador, UFBA, 2000 (Dissertação de Mestrado).

BARTH, F. *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. (Org. Tomke Lask) Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000.

BASTIDE, R. *Religiões Africanas no Brasil: contribuição a uma sociologia das interpenetrações de civilizações*, São Paulo, Pioneira, 1971.

\_\_\_\_\_. “Medicina e Magia nos Candomblés”, in RIBEIRO, R. e BASTIDE, R. *Negros no Brasil: religião, medicina e magia*, São Paulo, Escola de Comunicação e Artes, 1971.

BELTRÃO, J. F. *Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu paraense Emílio Goeldi/ UFPA, 2004.

BENCHIMOL, J. L. *Dos Micróbios aos Mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ Editora UFRJ, 1999.

\_\_\_\_\_. (coord). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BERNARDES, N. *Bases Geográficas do Povoamento do Estado do Rio Grande do Sul*. Ijuí: Editora da UNIJUI, 1997.

BERTOLLI FILHO, C. *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BERTUCCI, L. M. *Influenza, a medicina enferma: Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2004.

\_\_\_\_\_. *Saúde: arma revolucionária*. Campinas: Unicamp, Centro de Memória, 1997.

BORGES, L. C. O Sul, in *Obras Completas*. Vol. I. (1923-1949). São Paulo: Globo, 1998.

BOSCHI, C. C. *Os leigos e o poder (Irmandades Leigas e Política Colonizadora em Minas Gerais)*. São Paulo: Ática, 1986.

BOURDELAIS, P. et RAULOT, J.-Y. *Une Peur Bleue*. Histoire du Cholera en France, 1832-1854. Paris : Payot, 1987.

BRIGGS, A. 'Cholera and Society in the Nineteenth Century', in *Past and Present*, number 19, april, 1961, pp. 76-96.

BRITO, N. A. de. "La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro". *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol IV (1), mar/jun 1997.

BURKE, P. (org.) *A Escrita da História – novas perspectivas*, São Paulo, Unesp, 1992.

\_\_\_\_\_. *Variedades da História Cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BURRELL, S. and GILL, G. The Liverpool Cholera Epidemia of 1832 an Anatomical Dissection – Mistrust and Civil Unrest. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 2005, 60(4) : 478-488.

BYNUM, W.F. Medical Philantropy after 1850, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

CABRAL, O. *Medicina, Médicos e charlatões do passado*, Florianópolis, Imprensa Oficial, 1942.

\_\_\_\_\_, A medicina teológica e as benzeduras – suas raízes na história e sua persistência no folclore, *Revista do Arquivo Municipal*, Nº. CLIX, São Paulo, Departamento de Cultura da Prefeitura do Município de São Paulo, 1950.

CALVI, A Metaphor for Social Exchange: The Florentine Plague of 1630, *Representations*, 13, Winter 1986.

CAMPANELLA, Dr. M. de A. *A medicina no interior*. Rio de Janeiro: Labor, 1937.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. São Paulo : Forense Universitária, 2006.

CAPLAN, A. The concepts of health, illness and disease, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

CARVALHO, J. M. *A Construção da Ordem: a elite política imperial. O Teatro de Sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, M. A. de e LIMA, N. T. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva, in FLEURY, S. (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*, Rio de Janeiro, Relumé, 1992.

CASCUDO, L. da C. *Meleagro, depoimento e pesquisa sobre magia branca no Brasil*, Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 1951.

\_\_\_\_\_. *Made in África: pesquisas e notas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

\_\_\_\_\_. *Tradição ciência do povo*. São Paulo: Perspectiva, 1971.

CASTRO SANTOS, L.A. Um século de Cólera: Itinerário do Medo. In *Physis*, 4:1, 1994.

CERTEAU, M. de. *A invenção do cotidiano*. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1996.

CESAR, G. (org). *O Conde de Piratini e a Estância da Música*. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 1978.

\_\_\_\_\_. *Primeiros Cronistas do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1998.

CÉSAR, G. *As Origens da Economia Gaúcha (o boi e o poder)*. Porto Alegre: IEL; Corag, 2005.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril, cortiços e epidemias na Corte Imperial*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CHEVALIER, L. (ed.) *Le Choléra: la première épidémie du XIXe siècle*. Etude Collective présentée par Louis Chevalier, Société de Histoire de la Révolution de 1848, Tome XX, CNRS 1958.

*Coleção de Leis do Brasil*. Rio de Janeiro: Tipografia Nacional, 1889.

COOPER, D. B. The New "Black Death": Cholera in Brazil, 1855-1856. In *Social Science History*, Vol. 10, No. 4, The Biological Past of the Black (Winter, 1986), pp. 467-488.

CORADINI, O. L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a 'crise da medicina' no Rio Grande do Sul. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. IV (2):265-286, jul.-out., 1997.

CORBIN, A. *Saberes e Odores*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CORSETTI, B. *Estudo da Charqueada Escravista Gaúcha no século XIX*. Rio de Janeiro: UFF, 1983, (Dissertação de Mestrado).

CORUJA, A. A. P. *Antiquilhas*. Porto Alegre: Unidade Editorial, 1993.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.

COUTY, L. Alimentação no Brasil e nos países vizinhos, in TAMBARA, E. (Org.). *Viajantes e Cronistas na região dos gaúchos – Século XIX*. Pelotas, RS: Seivas Publicações, 2000.

CROSBY, A. *The Columbian Exchange: biological and cultural consequences of 1492*. Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1973.

\_\_\_\_\_. *Imperialismo Ecológico: A Expansão biológica da Europa, 900-1900*. São Paulo, Cia das Letras, 1993.

CUETO, M. *El Regreso de las Epidemias*. Salud y sociedad em el Perú del siglo XX. Lima: IEP, 1997.

\_\_\_\_\_. Tifo, Varíola e Indigenismo: Manuel Núñez Butrón e a medicina rural em Puno, Peru, in HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão*. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

\_\_\_\_\_. Do Contágio à Transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Vol. IV (1): 75-94, mar./jun., 1997.

D'ÁVILA, F.M. *Terra e gente de Alcides Maya*. Porto Alegre: Edição Sulina, 1968.

DARMON, P. *La longue traque de la variole*. Paris, Librairie Académique Perrin. Collection Pour L'Histoire, 1986.

DAVID, O. R. *O Inimigo Invisível*. Epidemia na Bahia no século XIX. Salvador: EDUFBA, Sarah Letras, 1996.

DAVIES, N. Z. *Culturas do Povo*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

DELAPORTE, F. *Disease and civilization*. London, MIT Press, 1986.

\_\_\_\_\_. *Les épidémies*. Paris, Explora, 1995.

DELUMEAU, J, *História do Medo no Ocidente. 1300-1800*, São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DENIS, A. L. “Higiene pública contra higiene privada: cólera, limpieza y poder en La Habana colonial” in *E.I.A.L. ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE*. Volumen 14 - Nº 1, Enero-Junio 2003.

DINIZ, A. As Artes de Curar nos tempos do cólera, in CHALHOUB, S. et alli (org.s). *Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 2003, pp. 355-385.

DOLHNIKOFF, M. *O Pacto Imperial*. Origens do federalismo no Brasil. São Paulo: Globo, 2005.

DUPRAT, C. *Lê temps des philanthropes*. Tome 1. Paris : Éditions du C.T.H.S, 1993.

EDLER, F. *As Reformas do Ensino Médico e a Profissionalização da Medicina na Corte do Rio de Janeiro, 1854-1884*. São Paulo: USP, 1992 (Dissertação de Mestrado).

\_\_\_\_\_. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, III(2), jul.-out.1996, pp. 284-99.

\_\_\_\_\_. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclépio*. Vol. L-2, 1998, p. 169-86.

\_\_\_\_\_. *A Constituição da Medicina Tropical no Brasil Oitocentista: da Climatologia à Parasitologia Médica*. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: UERJ, 1999 (Tese de Doutorado).

ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

EVANS, R. *Death in Hamburg*. Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910. London: Penguin Books, 1987.

\_\_\_\_\_. Epidemics and Revolutions: cholera in nineteenth-century Europe. *Past and Present*. 120, Aug., 1988.

FACHEL, J. F. *Monge João Maria, recusa dos excluídos*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 1995.

FARINATTI, L. A. Gêneros para o consumo da casa: uma análise dos gastos domésticos no Rio Grande do Sul, século XIX (Texto inédito).

FARMER, P. Mandando doença: feitiçaria, política e mudança nos conceitos da AIDS no Haiti rural, in HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 535-565.

FELIZARDO, J. N. *Evolução Administrativa do Estado do Rio Grande do Sul (criação dos municípios)*. Porto Alegre: Governo do estado do Rio grande do Sil, IGRA – Instituto Gaúcho de Reforma Agrária / Divisão de Geografia e Cartografia, s/d, p. 19.

FAURE, O. *Les Français et leur médecine au XIX siècle*. Paris : Belin, 1993.

FEE. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul*. Censos do RS: 1803-1950. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística (FEE)/ Museu de Comunicação Social Hipólito José da Costa, 1981.

FERNANDES, T. M. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana a animal). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(1): 29-51, mar.-jun. 1999.

FERREIRA, G.N. *O Rio da Prata e a Consolidação do Estado Imperial*. São Paulo: HUCITEC, 2006.

FERREIRA, L. O. Medicina Impopular. Ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840), in CHALHOUB, S. *et al. Artes e Ofícios de curar no Brasil*. Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 2003.

\_\_\_\_\_. *O Nascimento de uma instituição científica: os periódicos médicos brasileiros da primeira metade do século XIX*. FFLCH-USP, Departamento de História, São Paulo, 1996.

FERREIRA, R. B. *Epidemia e drama: a Gripe Espanhola em Pelotas – 1918*. Rio Grande: Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2001.

FIGUEIREDO, B. *A Arte de Curar*. Cirurgiões, médicos, boticários, curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro, Vício de Leitura, 2002.

FIGUEIREDO, L. *O Avesso da Memória (cotidiano e trabalho da mulher em MG no século XVIII)*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993

FLECK, E. *Sentir, Adoecer e Morrer – Sensibilidade e Devoção no Discurso Missionário Jesuítico do século XVII*. Porto Alegre: PUCRS, 1999 (Tese de Doutorado).

FLORENTINO, M. e GÓES, J. R. *A Paz nas Senzalas*. Famílias escravas e tráfico atlântico, Rio de Janeiro, c. 1790 – c. 1850. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

FLÔRES, M. Origem e fundação de Porto Alegre, in DORNELLES, B. (org.). *Porto Alegre em destaque: História e Cultura*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

FORTINI, A. *Porto Alegre através dos Tempos*. Porto Alegre Divisão de Cultura, 1962.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 19ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura*. 5ª ed. São Paulo: ed. Perspectiva, 1997.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1977.

FRANCO, O. *História da febre-amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Divisão de Cooperação e Divulgação, 1976.

FRANCO, S. da C. e STRIGGER, I. *Santa Casa 200 anos. Caridade e Ciência*. Porto Alegre: Ed. da ISCMPA, 2003.

FRANCO, S. da C. *Porto Alegre: Guia Histórico*. 3ª ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1998.

- GANS, M. R. *Presença Teuta em Porto Alegre no século XIX (1850-1889)*. Porto Alegre: Editora da UFRGS / ANPUH/RS, 2004.
- GINZBURG, C. *O queijo e os vermes – o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*, São Paulo, Companhia das Letras, 1987.
- GODELIER, M. *O Enigma do Dom*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- GOUBERT, J.-P. *Iniciation à une nouvelle hstoire de la médecine*. Paris : Ellipses, 1998.
- \_\_\_\_\_. *La conquête de l' eau*. Editions Robert Laffont, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Médecin et Malades em Bretagne, 1770-1790*. Rennes : Université de Haute-Bretagne, 1972.
- GOULART, A. da C. *Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro*. Niterói, Dissertação de mestrado, UFF, 2003.
- GRAHAM, R. *Clientelismo e política no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1997.
- \_\_\_\_\_. Formando un gobierno central: las elecciones y el orden monárquica en el Brasil del siglo XIX, in ANNINO, A. (org.) *Historia de las elecciones en Iberoamérica: siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica, 1995.
- GRANDSHAW, L. The Hospital, BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.
- GRIJÓ, L.A. *et alli. Capítulos de História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.
- GRMEK, M. Decline et Emergence des Maladies. In *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* II (2), Jul.-Oct. 1995, pp. 9-32.
- GUAZZELLI, C. A. B. *O horizonte da Província: a República rio-grandense e os caudilhos do Rio da Prata (1835-1845)*. Rio de Janeiro: UFRJ (Tese de Doutorado), 1998.
- GUIMARÃES, M. R. C. Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império, in *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n.2, Rio de Janeiro, maio/ago., 2005.
- GUIMARÃES, R. *A Herança do Irmão Joaquim*. Porto Alegre: Redactor, 1984; FRANCO, S. da C. *Op cit*, 2003.
- GUTFREIND, I. *A Historiografia Rio-Grandense*. Porto Alegre: Editora da Universidade /UFRGS, 1992.

HAMEISTER, M. D. *O Continente do Rio Grande de São Pedro: os homens, suas redes de relações e suas mercadorias semoventes*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, PPG – História Social, 2002. (Dissertação de mestrado).

HANEN, W. et FRENEY, J. *Des bactéries et des hommes*. Histoire des grandes maladies infectieuses et de leur diagnostic. Paris : Editions Privat, 2002.

HANNAWAY, C. Environment and Miasma, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

HEGENBERG, L. *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PORTER, R. O que é Doença?, in PORTER, R. *Cambridge – História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

HOBSBAWM, E. e RANGER, T. *A Invenção das Tradições*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

HOCHMAN, G. e ARMUS, D. (org.s). *Cuidar, controlar, cuidar*. Ensaio históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

HOLANDA, S.B. de.(org.) *História Geral da Civilização Brasileira*. O Brasil Monárquico, v.1: O processo de emancipação; 4: Dispersão e unidade. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HÖRMEYER, J. *O Rio Grande do Sul de 1850*. Porto Alegre: Eduni-sul, 1986.

ILLICH, I. *Medical Nemesis*. London: Calder and Boyars Ltd, 1975.

ISABELLE, A. *Viagem ao Rio Grande do Sul, 1833-1834*. Porto Alegre: Martins Livreiro Editor, 1983.

JESUS, N. M. de. *Saúde e Doença: Práticas de cura no centro da América do Sul (1727-1808)*. Cuiabá, UFMT, 2002.

JONES, C. Charity before 1850, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: na Exploration of Bordeland between Antropology, Medicine and Psychatry*. Berkeley : University of California Press, 1980.

KÜHN, F. *Breve História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Leitura XXI, 2002.

LANGAARD, T. J. H. *Dicionário de Medicina Doméstica e Popular*. Vol. 2, 2ª ed. Rio de Janeiro: Laemmert & Cia, 1869.

LAYTANO, D. de. *Folclore do Rio Grande do Sul: levantamento dos costumes e tradições gaúchas*. 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; Porto Alegre: ESTSLB, Nova Dimensão, 1987.

LAZZARI, A. *Entre a grande e a pequena pátria: letrados, identidade gaúcha e nacionalidade (1860-1910)*. (Tese de Doutorado). Campinas, SP: UNICAMP, 2004.

LE GOFF, J. (apres.) *As Doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997.

LE ROY LADURIE, E. Um conceito: A Unificação Microbiana do Mundo (Séculos XIV-XVII), In *Le Territoire de L'historien 2* (Paris, 1978).

LEBRUN, F. *Les Hommes et la Mort em Anjou, aux 17 et 18 siècles*. Essay démographie et de psychologie historiques. (1ª ed. 1971) Paris : EHSS, 2004.

\_\_\_\_\_. *Se soigner autrefois*. Médecins, saints et sociers auz XVII et XVIII siècles. Paris: Éditions du Seuil, 1995.

LÉONARD, J. *La France médicale. Médecins et malades au XIX*. Paris : Gallimard, 1978.

\_\_\_\_\_. *La medecine entre les savoirs e les pouvoirs*. Paris : Aubier, 1981.

LEVI, G. *A Herança Imaterial*. Trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LEVI-STRAUSS, C. A obra de Marcel Mauss. In : MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Edusp, 1974.

LIMA, T. A. Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*,II (3): 44-96, Nov. 1995 – Fev. 1996.

LOUX, F. Folk Medicine, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

LOYOLA, M. A. *Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde*, São Paulo, Difel, 1984.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem política Brasileira: 1850-1930*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

MAGGIE, I. *Medo de Feitiço: relações entre magia e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 1992.

- MARIANTE, H. M. *Medicina campeira e povoeira*. Porto Alegre: Martins Livreiro Editor, 1984.
- MARQUES, V. *A Natureza em Boiões*. Medicina e Boticários no Brasil Setecentista. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999.
- MARQUES, V. *Natureza em boiões – medicinas e boticários no Brasil setecentista*. Campinas, SP, Ed. da UNICAMP, 1999.
- MATTOS, H. M. *Das Cores do Silêncio*. Os significados da Liberdade no Sudeste Escravista – Brasil, séc. XIX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.
- MATTOS, I. R. de. *O Tempo Saquarema*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MAUAD, A. M. Imagem e auto-imagem do segundo reinado, in ALENCASTRO, L. F. de (org.). *História da Vida Privada no Brasil*, vol. 2, São Paulo: Cia. das Letras, 1997, p. 214 a 216.
- MAUSS, M. *Ensaio sobre a Dádiva*. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In \_\_\_\_\_. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo: Edusp, 1974.
- MCKEOWN, T. *The rise of Modern Population*, London, 1976; \_\_\_\_\_. *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis?* (1ªed, 1976), Princeton: Princeton Paperbacks, s/d.
- McNEILL, W. Introduction. *Plagues and Peoples*. Garden City : New York, Anchor Books, 1976.
- MEIHY, J. C. S. e BERTOLLI FILHO, C. *Revolta da Vacina*. São Paulo: Ática, 1999.
- MEYER, A. *Guia do Folclore Gaúcho*. RJ: Gráfica Editora Aurora, 1951.
- MIRANDA, M. E. *Continente de São Pedro: Administração pública no período colonial*. Porto Alegre: Ass. Leg. do Est. do RS, 2000.
- MONTERO, P. *Da Doença à Desordem: a magia na Umbanda*, Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- MONTOYA, Pe. A. R. de. *Conquista espiritual: feita pelos religiosos da companhia de Jesus nas Províncias do Paraguai, Paraná, Uruguai e Tape*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 1985.
- MOREIRA, P. S. Feiticeiros, venenos e batuques: religiosidade negra no espaço urbano (Porto Alegre – século XIX). In GRIJÓ, L. A. et al. *Capítulos de história do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Os Cativos e os Homens de Bem*. Experiências negras no espaço urbano. Porto Alegre: EST Edições, 2003.

MORRIS, R. J. *Cholera 1832: The Social response to na epidemic*. London: Croom Helm, 1976.

NASCIMENTO, M. R. do. Irmandades religiosas na cidade: entre ruptura e continuidade na transferência cemiterial em Porto Alegre, no século XIX, *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, V. XXX, n. 1, junho de 2004.

NAVA, P. *Capítulos da História da Medicina no Brasil*. Rio de Janeiro: Brasil Médico Cirúrgico, 1949.

NOAL FILHO, V. e FRANCO, S. da C. *Os Viajantes olham Porto Alegre, 1754-1890*. Santa Maria: Anaterria, 2004.

OLIVEIRA, E. R. de. *O que é medicina popular?* São Paulo, Brasiliense, 1985.

ORTIZ, R. *Românticos e folcloristas: cultura popular*. São Paulo: Olho d'Água, 1992.

PAZ, H. Remédios, in ALMANAQUE do Correio do Povo, Porto Alegre, 1964.

PELLING, M. *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press, 1978.

PENNA, B. *Passado, presente e futuro do Rio Grande do Sul*. Folhetos Impressos – Biblioteca Central da PUCRS.

PEREIRA, L. *As Barricadas da Saúde: Vacina e protesto popular no Rio de Janeiro da Primeira República*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2002.

PESAVENTO, S. *et alli. A Revolução Farroupilha: história e interpretação*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1985.

PESAVENTO, S. J. *História do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980.

PICCOLO, H. I. L. *Vida Política no século 19: da descolonização ao movimento republicano*. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 1991.

\_\_\_\_\_. *A política rio-grandense no II Império (1869-1882)*. Porto Alegre: Gabinete de Pesquisa em História do Rio Grande do Sul, IFCH/UFRGS, 1974.

PIMENTA, T. S. Doses Infinitesimais contra a epidemia de cólera de 1855. In NASCIMENTO, D.R. do. e CARVALHO, D. M. de. (orgs). *Uma História brasileira das Doenças*. Brasília: paralelo 15, 2004.

\_\_\_\_\_. *O Exercício das Artes de Curar no Rio de Janeiro (1828-1855)*. Campinas, SP: UNICAMP, 2003a (Tese de Doutorado).

\_\_\_\_\_. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX, in CHALHOUB, S. *et al. Artes e Ofícios de curar no Brasil*. Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 2003b.

\_\_\_\_\_. *Artes de Curar: um estudo a partir dos documentos da Fisicatura-mor no Brasil do começo do século XIX*. Campinas, SP, UNICAMP, 1997 (Dissertação de Mestrado).

\_\_\_\_\_. Barbeiros-Sangradores (1808-28), in *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, vol.5, n. 2 jul./out., 1998.

PORTER, D. *Health, civilization and the state*. London/New York, Routledge, 1999.

\_\_\_\_\_. Introduction, in \_\_\_\_ (ed.) *The History of the Public Health and the Modern State*. Atlanta: Rodopi, 1994.

\_\_\_\_\_. Public Health, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

PORTER, R. *Das Tripas Coração: Uma Breve história da Medicina*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

\_\_\_\_\_. Diseases of Civilization, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. (ed.s). *Companion Enciclopédia of the history of Medicine*. Vol. 1. London and New York: Routledge, 2002.

\_\_\_\_\_. Pain and suffering, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. (ed.s). *Companion Enciclopédia of the history of Medicine*. Vol. 1. London and New York: Routledge, 2002.

\_\_\_\_\_. *Cambridge – História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

\_\_\_\_\_. “Expressando sua enfermidade”: a linguagem da doença na Inglaterra Georgiana”, in BURKE, P. e PORTER, R. *Linguagem, indivíduo e sociedade*. São Paulo: UNESP, 1993, pp.365-394.

\_\_\_\_\_. The Patient’s View : Doing Medical History from below, *Theory and Society*, Vol. 14, n . 2, Mar. 1985, p. 175-198.

PORTO ALEGRE, A. (1848-1926). *História Popular de Porto Alegre*. Porto Alegre: Unidade Editorial, 1994.

\_\_\_\_\_. *Através do Passado*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1920.

\_\_\_\_\_. *O Jardim das Saudades*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1921.

PRIORE, M. D. *Ao Sul do Corpo*, Rio de Janeiro, José Olympio, 1993.

RAMSEY, M. *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830: The social world medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

RANGER, T. and SLACK, P. (eds), *Epidemics and Ideas. Essays on the Historical Perceptions of Pestilence*, Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

REICHEL, H. J. e GUTFREIND, I. *As Raízes Históricas do Mercosul*. São Leopoldo: Editora da UNISINOS, 1996.

REIS, J. J. *A morte é uma festa. Ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Campanha das Letras, 1991.

REIS, J. J. e SILVA, E. *Negociação e conflito. A resistência negra no Brasil escravista*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

RESENDE, M. L. C. de. Jesuítas e Pajés nas Missões do Novo Mundo, in CHALHOUB, S. *et alli* (org.s). *Op cit.*, 2003.

REVEL, J. e PETER, J-P. O corpo: o homem doente e sua história, in *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

RIBEIRO, J. I. *Quando o Serviço os Chamava. Milicianos e Guardas Nacionais no Rio Grande do Sul (1825-1845)*. Santa Maria, RS: Editora UFSM, 2005.

RIBEIRO, M. M. *Ciência nos Trópicos – a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.

RODRIGUES, C. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-50). *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, VI(1): 53-80, mar.-jun. 1999.

\_\_\_\_\_. *Lugares dos Mortos na cidade dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, 1997.

RODRIGUES, J. C. *Higiene e Ilusão*. Rio de Janeiro: Nau, 1995.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. *História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC/ UNESP, ABRASCO, (1958) 1994.

ROSENBERG, C. and GOLDEN, J. (eds), *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Jersey, 1992.

ROSENBERG, C. E. *Explaining Epidemics and Others Studies in History of Medicine*. New York : Cambridge University Press, 1992.

\_\_\_\_\_. *The Cholera Years. The United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1987(1962).

ROTHMAN, S. *Living in the shadows of death. Tuberculosis and the social experience of Illness in American History*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press, 1995.

RUSSEL-WOOD, A. J. R. *Fidalgos e filantropos*. Brasília: UNB, 1981.

SAMPAIO, G. *A história do feiticeiro Juca Rosa: magia e relações culturais no Rio de Janeiro imperial*. Campinas, SP, UNICAMP, 2000 (Tese de Doutorado).

SAMPAIO, G. *Nas Trincheiras da Cura*. As diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANJAD, N. Cólera e medicina ambiental no manuscrito ‘Cholera-morbus’ (1832), de Antonio Correa de Lacerda (1777-1852). *Manguinhos – História, Ciência, Saúde*. Vol. 11, n. 3 (587-618), RJ, set./dez., 2004.

SANTOS FILHO, L. de C. *História Geral da Medicina Brasileira*, (1ª ed. 1948), Vol. I e II, São Paulo, HUCITEC/EDUSP, 1991.

SANTOS FILHO, L. de C., NOVAES, J. N. *A febre amarela em Campinas, 1889-1900*. Campinas, s.n, 1989.

SATTAMINI-DUARTE, O. *Um médico do Império (O Doutor Torres Homem) 1837-1887*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1957.

SCHWARCZ, L. M. *As Barbas do Imperador. D. Pedro II, um monarca nos trópicos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SEIDLER, Carl. *Dez Anos no Brasil (1846)*. Brasília: Editora do Senado Federal, 2003.

SEPP, Pe. A. von R. *Viagem às Missões Jesuítas e trabalhos apostólicos*. Belo Horizonte : Itatiaia , 1980.

SEVCENKO, N. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Scipione, 1993.

SHARPE, J. A História vista de baixo, in BURKE, P. (org.) *A Escrita da História: Novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1989, pp.39-61.

SHORTER, E. Cuidados Primários, in PORTER, R. (org.) *Cambridge – História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, p. 118-153.

\_\_\_\_\_. The history of the doctor-patient relationship, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of the Medicine*. London and new York: Routledge., 2001a, p.783 – 800.

SIGERIST, H.E. *Civilization and Disease*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1952.

SILVA Jr., A. L. da. *Notas sobre o Mutualismo Étnico e a esfera do Trabalho (Rio Grande do Sul, século XIX)*. <http://br.geocities.com/alsilvajr2000/mutu.html> - Acessado em 5.12.2006.

\_\_\_\_\_. da. *As Sociedades de Socorros Mútuos no RS (séculos XIX e XX)*. Porto Alegre: PUCRS, 2005 (Tese de Doutorado).

SILVA, R. C. da. *Muzungas: consumo e manuseio de químicas por cativos e libertos no Rio Grande do Sul (1928-1888)*. Pelotas: EDUCAT Editora da Universidade Católica de Pelotas, 2001.

SILVEIRA, A. J. T. *A influenza espanhola e a cidade planejada – Belo Horizonte, 1918*. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal Fluminense em 2004.

SILVEIRA, A. J. T. e NASCIMENTO, D. R. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças, in NASCIMENTO, D. R. & CARVALHO D. M. de (org.s). Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SILVEIRA, G. *Utopia e cura: a homeopatia no Brasil imperial (1840-1854)*. Campinas, SP, UNICAMP, 1997 (Dissertação de Mestrado).

SIMÕES, C. *Plantas da Medicina Popular no Rio Grande do Sul*. 4 ed. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS, 1995.

SLENES, R. W. *Na Senzala, uma Flor*. Esperanças e recordações na formação da Família escrava – Brasil Sudeste, século XIX. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p. 142-149.

SNOW, J. (1813-1858) *Sobre a maneira da Transmissão do Cólera*. (2ª ed.). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

SOARES, A. Horticultores Guaranis no sul do Brasil, in QUEVEDO, J. *RS, 4 Séculos de História*. Porto Alegre: Martins Livreiro, 2000.

SOARES, L. C. Os escravos de ganho no Rio de Janeiro do século XIX. *Revista Brasileira de História*. São Paulo. 8 (16), 1988.

SOARES, M. *A doença e a cura – saberes médicos e cultura popular na corte imperial*. Niterói, RJ, UFF, 1999 (Dissertação de Mestrado).

SOUZA, C. M. C. de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. In: *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 12, n.1 (jan.-abr. 2005). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2005, p.71-97.

SOUZA, I. L. C. A adesão das Câmaras e a Figura do Imperador, in *Revista Brasileira de História*. Vol. 18, n. 36, São Paulo: 1988.

SOUZA, L. de M. e. *O Diabo e a Terra de Santa Cruz*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

SPALDING, W. *Na Voz do Povo*. Porto Alegre/ Caxias do Sul: EST/ Martins Livreiro /Ed. UCS, 1976.

\_\_\_\_\_. *Tradições e superstições do Brasil Sul*. Porto Alegre: Edição da Organização Simões, 1955.

STEPAN, N. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro: Art Nova, 1976.

TEIXEIRA, L. A. “Medo e Morte: Sobre a Epidemia de Gripe Espanhola de 1918”. Rio de Janeiro, UERJ/IMS. *Série Estudos de Saúde Coletiva*, nº59, 1993.

TEIXEIRA, L. A. e ALMEIDA, M. Os primórdios da Vacina antivariólica em São Paulo: uma história pouco conhecida. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, vol. 10, suplem. 2, Rio de Janeiro, 2003.

THOMPSON, E. P. “La economía ‘moral’ de la multitud em la Inglaterra del siglo XVIII”, in *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Barcelona, Crítica, 1979, p. 62-134.

TRINDADE, N. e CARVALHO, M. A. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In FLEURY, S. *Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992.

UJVARI, S. C. *A História e suas Epidemias*. A convivência do homem com os microorganismos. São Paulo/ Rio de Janeiro: SENAC, 2003.

URICOCHEA, F. *O minotauro imperial*. São Paulo, 1978.

VAÍNFAAS, R. (dir.) *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

\_\_\_\_\_. *Trópico dos Pecados*, São Paulo, Companhia das Letras, 1989.

VIGARELLO, G. *História das Práticas de Saúde*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

\_\_\_\_\_. O corpo inscrito na História: imagens de um ‘arquivo vivo’, Apresentação, entrevista e tradução: Denise Bernuzzi e Sant’Anna, *Projeto História*, São Paulo, (21), nov. 2000.

\_\_\_\_\_. *O Limpo e o Sujo*. A Higiene do Corpo desde a Idade Média, Lisboa: Difel, 1988.

VILHENA, L. R. *Projeto e Missão. O Movimento Folclórico Brasileiro, 1947-1964*, Rio de Janeiro, Funarte/ Fundação Getúlio Vargas, 1997.

WATTS, S. *Historia y Enfermedad*. Santiago de Chile: Galileu, 2001; DIAMOND, J. *Armas, germes e aço*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

WEAR, A. The history of personal hygiene, in BYNUM, W. F. and PORTER, R. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Vol 2. London and New York: Routledge, 2001.

WEBER, B. T. *As Artes de Curar. Medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-grandense – 1889-1928*. Bauru, SP; Santa Maria, RS: EDUSC; Ed. da UFSM, 1999.

\_\_\_\_\_. Considerações sobre religiosidade, biografia e história: o irmão Francisco do Livramento, *Sociais e Humanas*. Santa Maria, UFSM, vol. 1, junho 1998, pp.102-112.

\_\_\_\_\_. *Códigos de Posturas e Regulamentação do convívio social em Porto Alegre no século XIX*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, 1992 (Dissertação de Mestrado).

WERNER, A. et H. avec GOETSCHER, N. *Les Epidémies, un soursis permanent*. Atlante, 1999.

WITTER, N. Dos Cuidados e das Curas: a negociação das liberdades e as práticas de saúde entre escravos, senhores e libertos (Rio Grande do Sul, Século XIX). In *Revista História Unisinos*. Vol. 4, n. 2 (jul./dez.). São Leopoldo, RS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, 2006, pp. 14-25.

\_\_\_\_\_. Curar como arte e ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura. *Revista Tempo: Dossiê Saúde*. Rio de Janeiro: UFF, 2005.

\_\_\_\_\_. *Dizem que foi Feitiço: as práticas da cura no sul do Brasil (1845-1880)*. Porto Alegre, RS: PUCRS, 2002.

\_\_\_\_\_. Em busca do 'bom conceito': curandeiros e médicos no século XIX, in QUEVEDO, J. (org.), *Historiadores do Novo Século*, São Paulo, Companhia Editora Nacional, 2001, pp. 123-153.

XAVIER, A. e HESPANHA, A. M. As Redes Clientelares, in HESPANHA, A. M. (coord.) *História de Portugal – Antigo Regime*. Lisboa: Editora Estampa, 1993.

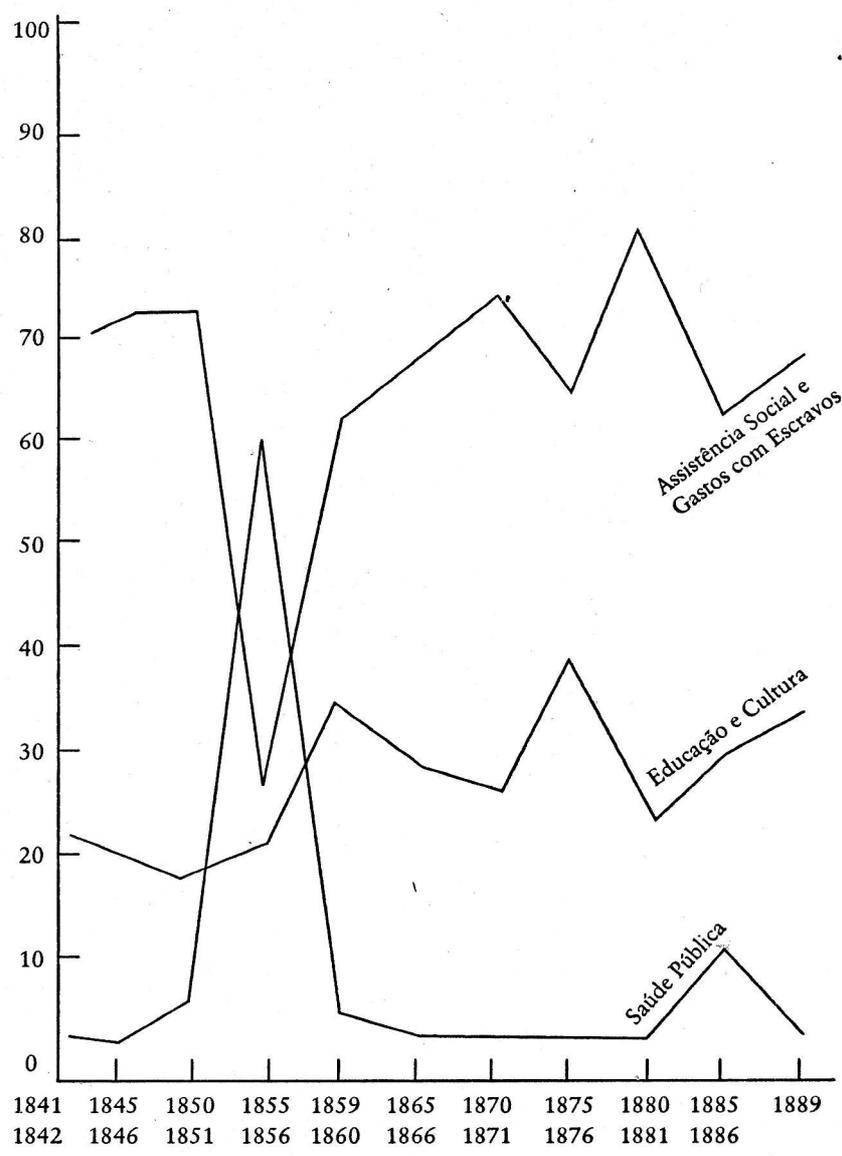
XAVIER, R. “Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista”, in CHALHOUB, S. et alli (org.s). *As Artes e Ofícios de Curar no Brasil*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

## Anexo 1



**Fonte:** FELIZARDO, J. N. *Evolução Administrativa do Estado do Rio Grande do Sul (criação dos municípios)*. Porto Alegre: Governo do estado do Rio grande do Sil, IGRA – Instituto Gaúcho de Reforma Agrária / Divisão de Geografia e Cartografia, s/d, p. 19.

## Anexo 2



**Fonte:** CARVALHO, J. M. *A Construção da Ordem: a elite política imperial. O Teatro de Sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 22.